Nr. 25. 17. czerwca 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Badania nad wpływem pasorzytów przewodu pokarmowego na ustrój ludzki oraz nowe drogi zwalczania choroby robaczej.

(Ascaridosis, trichocephaliasis, oxyuriasis).

Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

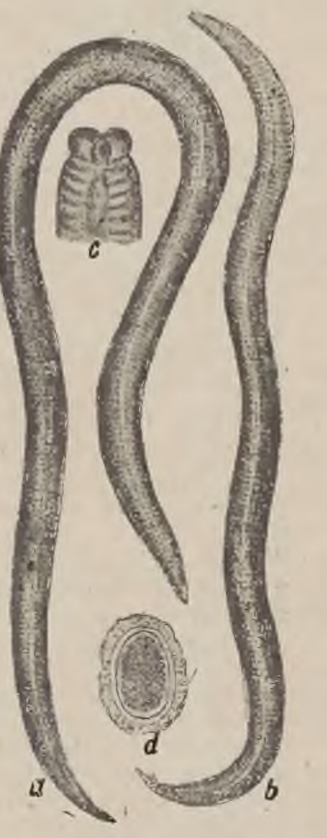
Pasorzyty przewodu pokarmowego mają w patologji ludzkiej znaczenie bardzo ważne. Gdy piśmiennictwo światowe z zakresu nauki o wnętrzakach (helmintologji) jest już dzisiaj tak rozległe, że opanowanie go przedstawia znaczne trudności, nawet dla specjalisty, to piśmiennictwo rodzime jest dotychczas bardzo ubogie, a nasz świat naukowy odnosi się do tego ważnego zagadnienia niemal z lekceważeniem. Brak w piśmiennictwie naszem prac, opartych na znacznym materjale, wykazujących częstość zakażenia pasorzytami w naszych warunkach, brak systematycznych badań krwi, nawet w piśmiennictwie światowem, wykazujących niezbicie wpływ pasorzytów na ustrój ludzki, wreszcie bezsilność środków leczniczych, stwierdzana aż nazbyt często, sprawiły, że pomiędzy lekarzami, nieobznajomionymi dostatecznie z kliniką choroby robaczej *(helminthiasis)*, panuje błędne przekonanie o znikomym wpływie czerwi, niejednokrotnie ze znaczną szkodą dla chorego.

W ostatnich latach pojawiają się coraz częściej w piśmiennictwie światowem głosy, domagające się energicznie zmiany naszych poglądów na rzekomą niewinność pasorzytów i wskazujące, że niektóre z nich, jak n. p. cianka ludzka *(trichocephalus dispar)*, lekceważone powszechnie, mogą stać się przyczyną ciężkich schorzeń, a nawet zejścia śmiertelnego. Ta różnorodność poglądów, spotykanych w piśmiennictwie światowem, skłoniła nas do przeprowadzenia badań własnych.

Praca niniejsza opiera się na znacznym materjale, bo obejmuje 1300 osób, w wieku od kilkunastu miesięcy do lat 47. Systematyczne badania kału przeprowadzano na materjale poszczególnych oddziałów tutejszego Szpitala powszechnego, w Miejskich Zakładach Opieki nad dziećmi, w Zakładach sierót, w ochronkach miejskich i przytuliskach dla dorosłych. W ten sposób, przy uwzględnieniu kilkakrotnego badania osób poddanych leczeniu, wykonano przeszło 2000 badań kału na pasorzyty przewodu pokarmowego.

Sposób badania.

Zanim omówimy wyniki tej pracy, podamy pokrótce technikę badań, przez nas stosowaną. Powszechnie używana metoda sedymentacyjna Telemanna polega, jak wiadomo, na dokładnem roztarciu kału, wielkości ziarna grochu, pobranego z kilku miejsc, w 5 ccm wody, zadaniu eterem i zgęszczonym kwasem solnym i wytrząsaniu tak długo, aż powstanie jednostajna zawiesina. Tłuszcze ulegają rozpuszczeniu w eterze, ciała białkowe rozpadowi pod wpływem kwasu solnego, tak, że zawiesina, przesączona przez delikatną siateczkę drucianą, daje, po 20-minutowem odwirowaniu, osad, w którym z łatwością stwierdza się jaja pasorzytów. Metodą Telemanna, dającą na ogół wyniki dobre, posługiwaliśmy się w początkach naszych badań. Od metody tej jednak musieliśmy niebawem odstąpić z następujących powodów: Przedewszystkiem, ze względu na znaczne ilości potrzebnego eteru była ona za kosztowna; przy wielkiej liczbie badań miało to znaczenie poważne. Badanie jednego kału wymagało, przy znacznej wprawie, conajmniej 30 minut. Pozatem zgęszczony kwas solny, używany w metodzie Telemanna, wpływa, jak to wykazał Yaoita, niekorzystnie na jaja pasorzytów, zwłaszcza glisty dżdżownicowatej, jajo staje się bowiem często niewidocznem. Tę niedogodność, odbijającą się na wynikach, stara się usunąć Yaoita, używając, zamiast kwasu solnego, 25% roztworu antiforminy. Quadflieg, Wolff, Bruns przyznają wyższość odmianie Yaoity, polecają jednakowoż kombinowanie tej metody lub sposobu Telemanna ze zwykłem, bezpośredniem badaniem mikroskopowem kału. Bezpośrednie badanie daje bowiem niejednokrotnie wyniki dodatnie, tam, gdzie metoda Telemanna Yaoity zawodzi. Powody wyżej wspomniane, skłoniły nas do porzucenia metod sedymentacyjnych. Zastosowaliśmy sposób, oparty na wypływaniu pasorzytów w roztworze soli kuchennej o wysokiem zgęszczeniu. Metodę tę, użytą poraz pierwszy przez Bassa, wypróbowali na wielkim materjale, przy zwalczaniu tęgoryjca *(ankylostomiasis)* dwaj amerykańscy badacze, Kofoid i Barber. Metoda, ulepszona ostatecznie przez Fülleborna, przedstawia się następująco: kał, wielkości orzecha włoskiego, umieszczamy w kieliszku do badania moczu. Dodajemy stopniowo 20-krotną ilość roztworu soli kuchennej o wysokiem zgęszczeniu. Roztwór soli przygotowuje się w ilościach większych, biorąc



Glista dżdżownicowata (Ascaris lumbricoides) **a) samiczka, b) samiec, c) część przednia glisty, d) jajo glisty*).**

35.7 grama zwykłego Na Cl na 100 gr wody wodociągowej. Kał rozciera się dokładnie po ścianach naczynia, starając się uzyskać możliwie jednostajną zawiesinę. Po ostatecznem wymieszaniu pozostawia się zawiesinę w spokoju na przeciąg 45 minut. W tym czasie jaja pasorzytów wypływają na powierzchnię zawiesiny, dając delikatną błonkę, przyczem grubsze, niestrawione części pokarmowe osadzają się. Delikatną błonkę, powstałą na powierzchni zawiesiny, a zawierającą w znacznej ilości jaja pasorzytów, pobiera się za pomocą uszka ze zwykłego drutu, o średnicy 10 mm, wtopionego w pręcik szklany. Pobraną kroplę umieszcza się na szkiełku przedmiotowem, bez szkiełka nakrywkowego i ogląda pod mikroskopem pod małem powiększeniem. Uszko, po każdorazowem użyciu, wyjaławia się nad płomieniem palnika gazowego. Jak wykazały liczne badania kontrolne, metoda opisana dorównuje pod względem pewności metodzie hodowania pasorzytów, pod względem zaś prostoty i dogodności przewyższa wszystkie sposoby badań. Badania nasze, wykonywane równocześnie, przemawiają również na korzyść metody Bass-Fülleborna, która zasługuje ze wszech miar na wyróżnienie.

Przy badaniu mikroskopowem jaja glisty dżdżownicowatej przedstawiają się jako twory okrągłe lub eliptyczne o grubej przejrzystej osłonce. Długość jaja wynosi 0,05 do 0,07 mm, szerokość 0,04 do 0,05 mm. Osłonka, barwy żółtawej lub brunatnawej, zależnie od ilości barwików kałowych, posiada liczne wypuklenia. Jaja bez osłonki nie posiadają na powierzchni wypukleń.

*) z podręcznika anat. pat. prof. W. Nowickiego.

Jaja cianki ludzkiej są postaci beczkowatej, mają osłonkę barwy jasno-brunatnawej lub ciemno-brunatnawej. Osłonka ta, przedziurawiona na obu biegunach, posiada na zwężonych końcach jaśniejsze nakrywki. Długość jaja wynosi 0,05 do 0,054 mm, szerokość 0,023 mm. Treść jaja jest wyraźnie ziarnista.

Jaja glistnicy robaczkowej, o podwójnych obrysach, wypełnione masą ziarnistą, uderzają nas swoim przejrzystym wyglądem. Postać mają owalną, z wyraźną asymetrją, t. zn. jedna płaszczyzna jest bardziej wypukła niż druga. Długość jaja wynosi 0,05 do 0,06 mm, szerokość 0,02 do 0,03 mm. Gładka osłonka jaja pokryta jest warstwą białkowatą, która umożliwia zlepianie pojedynczych jaj.



Cianka ludzka, włosogłówka, (trichocephalus dispar.) a) wielkość naturalna, 40—45 mm dł., b) samiczka znacznie powiększona, c) jajo cianki*).



Glistnica robaczkowa, owsik, (oxyuris vermicularis) a) samiec 5 mm, samiczka 12 mm dł. b) samiczka pod znacznem powiększeniem, c) jajo glistnicy*).

Systematyczne badanie zawiesiny, uzyskanej po dokładnem roztarciu kału w hypertonicznym roztworze soli kuchennej, wykonywane przez nas co 10 minut, wykazały, że optimum badania waha się między 30 a 45 minutami od chwili roztarcia kału. Najpóźniej wypływają na powierzchnię jaja cianki ludzkiej, tak, że pojawienie się włosogłówki w preparacie mikroskopowym jest dostatecznym dowodem, że nadeszła odpowiednia pora do pobrania za pomocą uszka kropli zawiesiny.

Częstość zakażenia poszczególnymi pasorzytami.

Pierwszym etapem naszych badań było stwierdzenie częstości zakażenia pasorzytami przewodu pokarmowego w naszych warunkach. Że odsetek zakażenia będzie znacznym, należało się już a priori spodziewać, ponieważ pojawianie się czerwi, zwłaszcza glisty dżdżownicowatej, zależy w znacznej mierze od stosunków higienicznych i pozostaje, jak to słusznie Lechler podkreśla, w prostym stosunku do kulturalnego uświadomienia ludności.

Tablica załączona, podaje procent zakażenia poszczególnymi pasorzytami u nas, w zestawieniu z wynikami, otrzymanemi przez innych autorów.

Nazwisko autora	Ilość zbad. osób	Ogólny % zakażeń	Ascar. lumb. w %	Trich. disp. w %	Ascar.+trich. w %	Oxyur. verm. w %	Oxyur. + ascar. w %	Taenia w %
Gottberg (Bonn)	200	62·5	40	4	2	32	11·5	
Jung i Sell (Bawarja)	380		7·63	12·1		1·05		
Peiser (Berlin)	638	21·8	Materjał sekcyjny 2·48	6·11		16·22		1·53
Popowski	890	57	2·2	51		0·3		1·4
Faria I. Gomez.	1200		65·2	67				
Sakamato (Lozanna)	164	74	46	54				
Lechler	500		16·3					
Haughwout i Horrilano (Filipiny)		92						
Cieszyński i Gileczek Hacowa (Warszawa)	105 dzieci 935 kałów		15·7				9·5	
Lipiński W. (Lwów)	1300	39·7	3·9	29·6	5·7	0·38		

Oznaczenie Zakładu względnie Oddziału szpitalnego	Ilość zbadanych osób	Ilość osób zakażonych		Ascaris lumb.	Proc.	Trich. disp.	Proc.	Ascaris + trich.	Proc.	Oxyuris verm.	Proc.
		ogólna	proc.								
Miejskie Zakłady Opieki nad dziećmi, ul. Kadecka 30.	315	67	21·2	8	2·5	55	17·4	3	0·9	1	0·4
Zakład sierót Izraelickiej gm. wyznaniowej, ul. Janowska 34.	92	45	48·9	—	—	41	44·4	4	4·5	—	—
Zakład im. Rubenzahla, ul. Janowska 78.	45	23	51·1	—	—	22	48·9	1	2·2	—	—
Ochronka miejska im. Ks. Arcybiskupa Bilczewskiego	55	25	46	1	1·9	24	44·1	—	—	—	—
Przytulisko Sióstr Albertynek, ul. Złota 6.	67	30	44·8	4	5·9	20	29·8	5	7·4	1	1·7
Przytulisko OO. Albertynów, ul. Kleparowska 10.	40	19	47·5	4	10	11	27·5	3	7·5	1	2·5
Oddział wewnętrzny Szpit. św. Zofji . .	73	21	28·7	6	8·2	7	9·6	8	10·9	—	—
Oddział chirurg. Szpit. św. Zofji	32	21	65·6	1	3·1	9	2·8	11	34·3	—	—
Oddział skórny żeń. Szpit. powszech. . .	41	16	39	5	12·1	7	17	4	9·9	—	—
Oddział zakaźny	540	250	46	22	4	190	35·1	36	6·6	2	0·3

Jak wykazuje załączona tablica, najwyższy procent zakażenia pasorzytami, bo dochodzący do 92, uzyskali Houghwout i Horrileno na Filipinach. Włączają oni jednakowoż do obliczeń swoich zakażenie pierwotniakami. Najniższy procent, bo 21.8, uzyskuje na materjale sekcyjnym berlińskim Peiser. Badania nasze, wykonane na lwowskim materjale u 1.300 osób, wykazują 39.7% zakażonych czerwiami, zbliżają się zatem do liczb, podanych przez Blocha, którego materjał waha się między 33—40% zakażonych. Bardzo interesującym jest wzajemny stosunek procentowy poszczególnych pasorzytów. Najwyższą odsetkę zakażenia glistą dżdżownicowatą uzyskał Faria I. Gomez (65.2%), najniższą (2.2%) Popowski. Materjał lwowski daje 3.9% zakażenia glistą; przy uwzględnieniu równoczesnego zakażenia glistą i glistą + cianką ludzką (5.7%) 9.6%.

Przy uwzględnieniu równoczesnego zakażenia glistą dżdżownicowatą i cianką, wykazuje materjał lwowski 35.3% zakażonych. Ze względu na ostatnie wyniki badań, wskazujących na chorobotwórcze znaczenie cianki ludzkiej, ten znaczny procent zakażenia zasługuje na szczególne podkreślenie.

Stosunkowo nieznaczny procent zakażenia glistnicą robaczkową *(oxyuris vermicularis)*, spotykamy w naszym materjale (0.38%), być może dlatego, że w kale, oddanym w ciągu dnia, glistnicę robaczkową i jej jaja napotykamy bardzo rzadko.

Charakterystyczne jest występowanie pasorzytów w poszczególnych Zakładach miejskich i oddziałach szpitalnych. Wzajemny stosunek poszczególnych czerwi uzmysławia nam tablica, podana powyżej.

Na 1300 zbadanych osób wykazano czerwie w 517 przypadkach, co stanowi 39.7% zakażonych czerwiami. Na zakażonych glistą przypada przeciętnie 3.9%, cianką ludzką 29.6%, cianką + glistą 5.7%. Na 1300 zbadanych osób stwierdzono tylko u 5-ciu owsika (0.38%).

Najniższą odsetkę zakażonych (21.2%) wykazują Miejskie Zakłady Opieki nad dziećmi przy ul. Kadeckiej, najwyższą z badanych zakładów Zakład im. Rubenzahla przy ul. Janowskiej (51.9%). Z materjału szpitalnego najwyższą odsetkę zakażonych czerwiami wykazuje oddział chirurgiczny dziecięcy (65.5%), najniższą (28.7%) oddział wewnętrzny dziecięcy. Na oddziale zakaźnym wykazano w 46% przypadków obecność pasorzytów przewodu pokarmowego.

Obraz kliniczny choroby robaczej.

Drugim etapem naszych badań były systematyczne badania krwi, celem stwierdzenia, czy i jaki wpływ wywierają pasorzyty przewodu pokarmowego na zakażony ustrój. Zanim przedstawimy wyniki naszych badań, uwzględnimy pokrótce objawy kliniczne, z jakiemi spotykamy się w przypadkach zakażenia czerwiami. Jeżeli przeglądniemy piśmiennictwo światowe, odnośnie do glisty dżdżownicowatej, przekonamy się, że objawy kliniczne, spowodowane przez glistę ludzką, są niezmiernie różnorodne. Wprost niema objawu klinicznego, któregoby nie spostrzegano w przypadkach zakażenia glistami. Występuje zatem u dzieci brak łaknienia lub odwrotnie głód wilczy. Bardzo częste są wymioty, przy których glisty mogą przedostać się wraz z treścią żołądkową na zewnątrz. Chorzy skarżą się na nieokreślone bóle w jamie brzusznej, często o charakterze napadowym, które dają powód do powstawania biegunek, zwłaszcza w godzinach rannych. Couillard łączy w związek przyczynowy powiększenie brodawek językowych z zakażeniem glistą, (t. zw. *signe de la langue*). Blada cera dziecka z podkrążonemi oczami stanowi typowy obraz. Daleko posunięta bębnica, częste, kleiste stolce, niejednokrotnie z domieszką krwi, doprowadzają szybko do daleko posuniętego wyniszczenia zakażonego ustroju. Przebicie glisty do jamy otrzewnowej, z następowem ropnem zapaleniem otrzewnej, nie należy do zjawisk rzadkich. Z objawami znacznie bardziej nieprzyjemnemi i zagrażającemi życiu chorego spotykamy się wówczas, gdy glisty dostaną się do dróg żółciowych. Znajdujemy je wtedy w przewodzie żółciowym, wątrobowym i wspólnym (Nowicki, Hinterstoisser), dalej w woreczku żółciowym (Miyake, Liebermeister). Częściowe lub zupełne powstrzymanie odpływu żółci powoduje rozszerzenie dróg żółciowych a w następstwie zmiany wsteczne w komórkach wątrobowych. Przedostanie się równoczesne z glistami flory bakteryjnej jelita cienkiego do dróg żółciowych, powoduje zakażenie z następowemi ropniami wątroby. Również także w trzustce zachodzą ropnie, powstałe przez wtargnięcie glisty. Podczas aktu wymiotnego glista może się przedostać do górnych dróg oddechowych, co połączone jest z niebezpieczeństwem dla chorego, zwłaszcza podczas snu. Opisano glisty w nosie, w bocznych jamach nosowych, w jamie szczękowej, w kanaliku łzowym. Z jamy nosowo-gardzielowej może przedostać się glista przez trąbkę Eustachiusza do ucha środkowego, powodując przewlekłe ropienie ucha wewnętrznego. Powodem uduszenia może być przedostanie się glisty do krtani, tchawicy i oskrzeli. Przez przebicie ściany oskrzela glista może przejść do śródpiersia. Również drogi moczowe nie są wolne od glist. Stwierdzano je w pęcherzu moczowym, dokąd przedostały się z pochwy, powodując wysięki zapalne dookoła pęcherza, a nawet przebicie pęcherza z następowem ropnem zapaleniem otrzewnej.

W patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego czerwie, względnie ich jaja, mają wielkie znaczenie, zwłaszcza u dzieci. Corson, Moore, Castellani, Anley i Mills, a z naszych badaczy Nowicki znajdują w treści wyrostka robaczkowego, między innemi ciałami obcemi, czerwie. Nowicki stwierdził przedewszystkiem jaja cianki ludzkiej, rzadziej glistnicę robaczkową i określa zakażenie wyrostków czerwiami na podstawie swego materjału sekcyjnego (420 sekcyj) na 1.5% badanych wyrostków. Badania Nowickiego wykazują znaczne przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej jelita, obok punkcikowatych wybroczyn. Pasorzyty mogą przedostać się aż do mięśniówki, czego dowodem są jaja tamże stwierdzane.

Larwy glisty dżdżownicowatej wydostają się z otoczki jaja przeważnie w dolnym odcinku jelita cienkiego i kątnicy. Przebiwszy ścianę jelita, przedostają się przez żyłę wrotną i wątrobową do dolnej żyły czczej, a stąd do serca prawego i do płuc. Przebijają pęcherzyki płucne, a przesunięte przez nabłonek migawkowy oskrzeli i tchawicy ku górze, ulegają połknięciu przez osobnika zakażonego i usadawiają się, jak to wykazali Fülleborn, Steward, Ranson i inni, w przewodzie pokarmowym.

Owsik, glistnica robaczkowa *(oxyuris vermicularis)* należy, według statystyki zagranicznej, do pasorzytów często stwierdzanych. Still znajduje go u dzieci w 19% przypadków, Lienan w 5.42%, Faria I. Gomez w 1.6%, Japha w 73.3%. Z polskich autorów Cieszyński przy badaniu dzieci okołoodbytowem w 9.5%. Neuman na 122 badań nie znajduje go ani razu. Po zapłodnieniu samiczki rozpoczyna owsik wędrówkę, przyczem dwa miejsca są ich miejscami zbornemi: kątnica i jelito grube. W porze nocnej owsik opuszcza jelito grube, przedostaje się do okolicy sromu i pochwy, powodując przykre swędzenie, co daje u dzieci powód do onanji. Wywołuje on uporczywe stany zapalne jelita grubego, wypadnięcie kiszki, wskutek ciągłego parcia na stolec, ropnie dookoła otworu stolcowego. Przykre swędzenie nocne przerywa sen, przyczyniając się w znacznej mierze do osłabienia zakażonego osobnika. Wyjątkowo przedostaje się do żołądka, przełyku i nosa. Jacquemin uważa glistnicę robaczkową jako jedną z głównych przyczyn moczenia nocnego. *Oxyuriaris cutanea, dermatitis intertriginoides* są następstwem zadrażnienia skóry w okolicy odbytu, po stronie wewnętrznej ud.

Cianka ludzka, włosogłówka *(trichocephalus dispar)* zasługuje na specjalne wyróżnienie, ponieważ niesłusznie uchodziła dotychczas za pasorzyta niewinnego. I tak Leichterstern, Eichorst, Askanazy, Bagiński nie przypisują włosogłówce znaczenia chorobotwórczego. Poszczególni badacze wykazują ją w następujących procentach:

Zäslein na 752 badań	— 23.7%
Galli-Valerio na 315	— 53%
Lienan	— 1.16%
Kessler 600 badań	— 5%
Neuman 103 badań	— 13.9%
Faria I. Gomez 1200 badań	— 67%
Christoffersen 20 badań	— 29%
Barabaschi	— 92%
Pick 1253 badań	— 35%
Lipiński na 1300 badań	— 35.3%

Przednia część włosogłówki przebija błonę śluzową jelit, najczęściej w okolicy kątnicy, usadawiając się tam tak silnie, że przy próbach mechanicznego usunięcia raczej ulegnie przerwaniu, niż wyciągnięciu. Badania histologiczne Askanazego wykazały, że pasorzyt ten usadawia się jedynie w powierzchownych warstwach błony śluzowej jelita, przyczem otoczenie ulega zmianom stosunkowo nieznacznym. Natomiast inni badacze wykazują wyraźne zmiany anatomo-patologiczne w błonie śluzowej jelita, zwłaszcza, przy większej ilości włosogłówek (Moosgruber, Becher, Schultze i inni). Dopiero z chwilą śmierci gospodarza włosogłówka opuszcza dobrowolnie miejsce dotychczasowego pobytu i tem należy sobie tłumaczyć fakt, że w kale spotykamy osobniki dojrzałe stosunkowo rzadko. Przez długi czas nie przypisywano włosogłówce znaczenia chorobotwórczego. Dopiero badania ostatnich lat wykazały, że objawy chorobowe, spowodowane

TABLICA I.

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Oznaczenie pasorzyta	Ilość ciałek czerwonych	Hemoglobina w %	Wskaźnik hemoglob.	Ilość leukocyt.	Bazofilne	Eozynofilne	Neutrofilne Myeloc.	Neutrofilne Młodoc.	Neutrofilne Pałeczk.	Neutrofilne Segment.	Lymfocyty	Monocyty
							normalnie 6–8000	1	3	—	—	67: 4	67: 63	23	6
1	Zofja L.	2½	Trich. disp.	4,930.000	78	0.73	10.400	—	7	—	1	3	34	47	8
2	Kazimierz N.	2½	„	4,170.000	75	0.91	18.500	—	6	—	—	2	44	45	3
3	Zbigniew T.	3	„	3,780.000	80	1.08	11.500	1	12	—	—	2	55	25	5
							nieznaczna anizocytoza, poikilocytoza								
4	Aleksander S.	1½	Asc. lumb. Trich. disp.	2,760.000	67	1.24	17.600	—	11	—	1	4	24	48	12
5	Felicjan D.	2	Trich. disp.	3,290.000	65	1.01	7.400	—	7	—	1	7	48	32	5
6	Antoni N.	3½	„	3,640.000	73	1.01	7.000	—	6	—	—	4	38	47	5
7	Edward G.	5	Oxyur. verm.	2,770.000	70	1.29	9.700	—	4	—	—	4	67	19	6
8	Stefanja S.	6	Asc. lumbr.	2,110.000	78	1.89	13.700	—	3	—	1	5	49	34	8
9	Eugenjusz G.	5	Trich. disp.	3,510.000	78	1.19	10.600	—	6	—	—	4	52	29	9
10	Emilja S.	1½	Asc. lumbr.	3,950.000	75	0.96	8.200	—	2	—	—	7	56	30	5
11	Michał F.	2	„	2,390.000	60	1.30	7.600	1	—	—	—	5	42	48	4
12	Mirosław K.	4	Trich. disp.	2,300.000	65	1.41	6.700	—	5	—	—	4	39	45	7
13	Franciszek G.	5	„	2 230.000	70	1.59	8.300	—	4	—	—	4	41	41	10
14	Janina H.	12	„	3,800.000	90	1.18	16.300	1	5	—	—	2	54	36	2
15	Marja K.	13	„	2,840.000	78	1.39	11.900	—	1	—	—	7	62	25	5
16	Michalina K.	18	Asc. lumbr.	4,340.000	88	1.02	9.500	—	3	—	—	2	53	40	2
17	Ema H.	11	Trich. disp.	3,830.000	75	0.98	11.000	1	1	—	—	5	58	28	7
18	Józef K.	14	„	2,880.000	87	1.58	9.900	1	2	—	—	5	57	25	10
19	Ira B.	13	„	4,400.000	68	0.79	7.200	—	2	—	—	6	49	32	11
20	Jadwiga D.	12	„	3,860.000	70	0.91	8.100	—	10	—	—	4	49	35	2
21	Janina S.	14	„	3,840.000	70	0.91	8.400	2	4	—	—	7	58	24	5
22	Marja C.	11	„	4,310.000	86	1	4.000	1	3	—	—	4	48	38	6
23	Jan K.	11	„	3,610.000	82	1.09	7.700	—	7	—	—	2	49	36	6
24	Walerja S.	8	Asc. lumbr.	4,430.000	86	0.97	7.500	—	2	—	—	4	50	41	3
25	Marcin D.	15	Trich. disp.	3 090.000	88	1.46	7.800	—	4	—	—	2	55	33	6
26	Janina M.	11	„	4,420.000	85	0.96	8.800	—	2	—	1	4	53	32	8
27	Grzegorz B.	14	„	4,140.000	84	1.02	5.200	—	3	—	—	6	60	33	1
28	Wiktor S.	15	Asc. lumbr.	3,570.000	88	1.25	6.700	—	2	—	1	6	55	31	5
29	Józef S.	13	Trich. disp.	3,970.000	75	0.96	8.500	—	2	—	—	3	62	23	10
30	Zygmunt P.	12	„	4,760.000	80	0.85	15.700	—	2	—	1	5	37	41	14
31	Paweł K.	16	„	4,630.000	90	0.97	10.400	—	5	—	—	2	54	26	13
32	Marjan M.	16	„	5,020.000	90	0.9	9.600	—	6	—	1	7	49	32	5
33	Eugenjusz K.	13	„	3,030.000	80	1.33	9.500	—	5	—	—	4	48	34	9
34	Marjan K.	9	„	4,350.000	76	0.88	9.200	—	7	—	—	5	49	32	7
35	Adam R.	14	„	3,920.000	78	1	6.000	—	2	—	—	3	51	33	11
36	Marja R.	13	„	4,210.000	75	0.89	9.800	1	4	—	1	2	62	22	8
37	Michał B.	12	„	4,230.000	82	0.97	8.200	1	3	—	1	4	63	22	6
38	Kazimierz W.	9	„	3,490.000	74	1.09	9.000	1	5	—	—	3	42	38	11
39	Kazimierz K.	11	„	3,160.000	90	1.45	10.700	—	3	—	—	2	55	33	7
40	Marja P.	8	„	4,880.000	85	0.88	7.800	—	7	—	—	4	60	24	5
41	Marcin S.	13	„	4,500.000	85	0.94	11.300	—	6	—	—	4	40	44	6

TABLICA I. (c. d.)

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Oznaczenia pasorzyta	Ilość ciałek czerwonych	Hemoglobina w %	Wskaźnik hemoglob.	Ilość leukocyt.	Bazofilne	Eozynofilne	Neutrofilne Myeloc.	Neutrofilne Młodoc.	Neutrofilne Pałeczk.	Neutrofilne Segment.	Lymfocyty	Monocyty
							normalnie 6–8.000	1	3	—	—	67: 4	63	23	6
42	Władysław D.	11	Trich. disp.	3,300.000	85	1.28	6.200	—	2	—	—	3	53	30	12
43	Karol F.	10	„	3,850.000	93	1.22	8.100	—	3	—	—	3	62	26	6
44	Kazimierz B.	9	„	2,950.090	88	1.51	5.200	—	1	—	1	4	57	30	7
45	Zofja D.	13	„	3,910.000	75	0.96	8.600	—	2	—	—	1	53	40	4
46	Adam S.	14	„	4,890.000	85	0.88	7.900	1	6	—	—	—	51	32	8
47	Michalina W.	14	„	3,320.000	85	1.20	10.800	1	3	—	—	2	51	22	11
48	Franciszek L.	14	„	4,110.000	85	1.03	14.800	—	1	—	—	2	56	30	11
49	Tadeusz F.	7	„	3,810.000	86	1.10	6.500	—	15	—	—	2	37	39	7
50	Kamil S.	6	Trich.+asc.	5,110.000	80	0.79	18.600	—	10	—	—	2	53	25	10
51	Mieczysław S.	12	„	4,850.000	90	0.93	7.100	2	6	—	1	2	43	38	8
52	Anna H.	15	Trich. disp.	5,870.000	90	0.76	11.800	1	7	—	—	2	68	21	13
53	Zdzisław C.	16	„	4,950.000	85	0.88	8.100	—	4	—	—	2	48	62	8
54	Walerja G.	2	„	4,910.000	60	0.61	12.500	1	3	—	—	—	46	44	6
55	Józef R.	11	„	4,760.000	80	0.85	11.800	1	5	—	—	2	48	41	3
56	Bronisław N.	3	„	4,210.000	68	0.80	15.800	—	7	—	—	4	45	30	14
57	Franciszek K.	13	„	3,500.000	72	1.02	10.300	—	4	—	—	3	44	40	9
58	Leopold T.	13	„	3,650.000	74	1.02	8.800	—	11	—	—	1	42	29	7
59	Jan S.	9	„	4 120.000	65	0.80	7.500	—	6	—	—	2	40	45	7
60	Marjan K.	12	„	4,650.000	72	0.79	7.500	—	8	—	—	1	54	36	6
61	Tadeusz W.	8	„	3,880.000	76	1.00	9.400	—	3	—	—	4	55	31	9
62	Tekla K.	6	Asc. lumbr.	1,960.000	75	1.70	Poikilocytoza anizocytoza 14.200	—	10	—	—	—	59	29	2
63	Stanisław K.	4	Trich. disp.	4,500.000	90	1.00	9.900	1	4	—	—	4	42	40	9
64	Stefa S.	6	Asc. lumbr.	3,190.000	78	1.26	14.000	—	6	—	1	2	48	31	12
65	Zygmunt L.	9	Trich. disp.	3,760.000	72	0.97	10.700	—	5	—	1	1	46	44	3
66	Kazimierz B.	9	„	2,890.000	65	1.16	7 200	—	6	—	—	—	56	31	7
67	Kazimierz K.	11	„	3,720.009	72	0.97	10.700	—	7	—	—	1	42	42	8
68	Rachela K.	8	„	5,180.000	70	0.68	9.200	—	6	—	—	2	55	31	6
69	Malwina G.	10	„	5,400.000	70	0.64	9.100	—	7	—	—	2	49	26	16
70	Berta B.	13	„	4,190 000	78	0.95	17.000	—	10	—	—	3	40	38	9
71	Sara K.	14	„	5,220.000	80	0.78	10.700	—	—	—	—	—	50	43	7
72	Jettka H.	9	„	5,600.000	90	0.80	12.800	—	6	—	—	2	62	29	11
73	Regina B.	13	„	5,070.000	85	0.85	9.400	—	14	—	—	—	41	33	4
74	Jettka K.	12	„	4,630.000	82	0.89	6.100	—	2	—	—	4	54	34	6
75	Basia D.	11	„	4,890.000	84	0.87	14.500	—	6	—	—	2	42	41	9
76	Regina S.	8	„	3,530.000	72	1.02	10.800	—	7	—	—	3	53	28	9
77	Sabina S.	10	„	4,890.000	85	0.88	13.700	—	4	—	—	2	62	27	5
78	Netty G.	8	„	3,900.000	82	1.05	14.600	—	1	—	—	2	73	16	8
79	Lotty G.	9	„	4,500.000	85	0.94	10.100	—	6	—	—	—	55	35	4
80	Sabina K.	9	„	3,910.000	78	1.00	9.200	—	16	—	—	2	54	26	2
81	Lola M.	14	„	5,160.000	60	0.58	10.000	—	7	—	—	—	65	21	7
82	Sara H.	12	„	4,590.000	75	0.83	11.100	—	5	—	—	4	64	24	3

T A B L I C A I. (c. d.)

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Oznaczenie pasorzyta	Ilość ciałek czerwonych	Hemoglobina w %	Wskaźnik hemoglob.	Ilość leukocyt.	Bazofilne	Eozynofilne	Neutrofilne: Myeloc.	Neutrofilne: Młodoc.	Neutrofilne: Pałeczk.	Neutrofilne: Segmen.	Lymfocyty	Monocyty
							normalnie 6—8000	1	3	—	—	67: 4	63	23	6
83	Sabina S.	9	Trich. asc.	4,670.000	85	0.92	9.800	—	6	—	—	1	51	33	9
84	Sara K.	14	Trich. disp.	4,900.000	80	0.83	15.500	—	2	—	—	1	57	32	8
85	Teresa B.	14	„	4,370.000	67	0.77	13.100	—	4	—	—	4	56	32	4
86	Tynka B.	10	„	3,930.000	82	1.05	10.100	—	4	—	—	2	54	37	3
87	Bluma H.	14	„	3,880.000	72	0.95	14.500	—	14	—	—	1	45	35	5
88	Hania S.	13	„	3,590.000	86	1.22	20.300	—	0	—	—	1	50	44	5
89	Lea D.	13	„	4,600.000	90	0.97	8.500	1	4	—	—	2	57	31	5
90	Samuel G.	13	„	4 290.000	77	0.91	9.800	1	7	—	—	2	62	21	7
91	Henryk L.	17	„	4,560.000	85	0.94	13.200	—	4	—	—	4	50	35	7
92	Corja H.	8	„	4,720.000	82	0.87	8.300	—	3	—	—	—	56	34	7
93	Marek S.	9	„	3,410.000	80	1.17	8.700	1	2	—	—	3	59	30	5
94	Izrael B.	8	„	3,750.000	90	1.28	10.100	—	5	—	—	1	53	34	7
95	Coran F.	8	Trich. asc.	5,140.000	81	0.79	12.000	—	4	—	—	2	44	43	7
96	Leon E.	8	„	4,730.000	75	0.79	12.700	—	4	—	—	1	49	40	6
97	Leon E.	7	Trich. disp.	5,170.000	86	0.84	12.360	—	10	—	—	—	40	44	6
98	Wilhelm B.	7	„	4,600.000	90	0.97	11.900	—	7	—	—	1	45	41	6
99	Izak K.	8	„	5,190.000	90	0.88	17.200	1	9	—	1	2	43	32	12
100	Joachim Z.	8	Trich. asc.	3,950.000	72	0.92	17.700	—	1	—	—	3	65	25	6

zakażeniem c i a n k ą, mogą być bardzo różnorodne. Dotyczą one w pierwszym rzędzie przewodu pokarmowego. Występują niekiedy tak regularnie, że dały powód G a r i n o w i do oznaczenia zaburzeń jelitowych, wywołanych przez włosogłówkę jako *enterite trichocephalienne*. Spotykamy się zatem z biegunką, niejednokrotnie uporczywą, ze stolcami mniej lub bardziej rzadkiej konsystencji, z dodatkiem śluzu i z domieszką krwi. Biegunki uporczywe, powodujące znaczne wyniszczenie chorego, niekiedy tak silne, że chory nie może się utrzymać na nogach, ustępują powoli. Przychodzi do zaparcia stolca. Dzięki nadzwyczajnej wytrzymałości c i a n k i na środki czerwiogubne może przyjść w przypadkach przewlekłych do wyraźnych zmian w obrazie krwi. I tak S c h a b l i n opisuje przypadek , dotyczący 7½-letniej dziewczynki, zakażonej cianką przez 2½ roku, u której liczba ciałek czerwonych wynosiła 1,200,000, a hemoglobina spadła do 17%. Poza objawami ze strony przewodu pokarmowego spotykamy się również z szeregiem objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego, a zwlaszcza z zadrażnieniem opon mózgowych. W przypadkach pojedynczych udało się wykazać związek przyczynowy z zakażeniem włosogłówką przez wykluczenie wszelkich innych przyczyn zejścia na stole sekcyjnym, względnie przemawiało zatem ustąpienia wszystkich objawów chorobowych z chwilą usunięcia włosogłówki z ustroju ludzkiego. Do tych nielicznych pojedynczych badaczy, wskazujących na znaczenie włosogłówki w patologji ludzkiej, należy zaliczyć T o b l e r a, który w roku 1926 opisuje przypadek śmierci u 4-letniego chłopca w następstwie zakażenia c i a n k ą. Badanie krwi za życia wykazało ciężką niedokrewność. Obok 3,500.000 ciałek czerwonych stwierdzono 25% hemoglobiny, anizocytozę, poikilocytozę, polichromazję, pojedyncze normoblasty, ciałek białych 7.200, zupełny brak eozynochłonnych, wskaźnik hemoglobinowy około 0.5. Leczenie przypadku opisanego przez T o b l e r a nie dało wyników dodatnich.

B a d a n i a k r w i.

Systematyczne badania krwi celem wykazania wpływu włosogłówki na ustrój ludzki były tem bardziej wskazane, ponieważ zakażenie tym pasorzytem dochodzi u nas do 35.3% przypadków. Badania krwi przeprowadzałem w M i e j s k i c h Z a k ł a d a c h O p i e k i n a d d z i e ć m i przy ul. Kadeckiej, w Z a k ł a d z i e s i e r ó t i z r a e l i c k i e j g m i n y w y z n a n i o w e j i Z a k ł a d z i e im. R u b e n z a h l a przy ul. Janowskiej. Do badań przeznaczyliśmy 100 dzieci, w wieku od półtora roku do lat 16-tu, u których stwierdzono zakażenie pasorzytami przewodu pokarmowego na podstawie dodatnich wyników badania kału. Dzieci, u których wykonano badania krwi, pozostawały pod stałą opieką lekarską, były one poprzednio badane przez swoich lekarzy, żadnych widocznych objawów chorobowych jednak nie wykazywały. Dzieci w wieku szkolnym uczęszczały do szkoły. Celem uniknięcia różnic (leukocytoza trawienna) wykonywane badania u dzieci przedszkola w godzinach porannych, u dzieci starszych w wieku szkolnym w szereg godzin po spożyciu obiadu, w godzinach wieczornych. Krew pobierano z palca, ciałka krwi liczono w komorze T h o m a - Z e i s s a, hemoglobinę oznaczano za pomocą h e m o g l o b i n o m e t r u L e i t z a. Preparaty krwi roztarte barwiono metodą M a y - G r ü n w a l d a.

Tablice podane powyżej przedstawiają szczegółowo wyniki po szczególnych badań.

Jak wykazują szczegółowe zestawienia, wpływ pasorzytów przewodu pokarmowego na obraz krwi jest u przeważającej liczby osób bardzo wyraźny. W zestawieniu procentowem przedstawia się następująco:

C i a ł k a c z e r w o n e: (normalnie 4,500.000 — 5,000.000).

Normalną ilość ciałek czerwonych stwierdzono u 42 osób.

Do 3,500.000 ciałek czerwonych stwierdzono u 39 osób.
Do 3,000,000 ciałek czerwonych stwierdzono u 8 osób.
Do 2,500.000 ciałek czerwonych stwierdzono u 6 osób.
Do 2,000.000 ciałek czerwonych stwierdzono u 4 osób.
Poniżej 2,000.000 (1,960.000) ciałek czerwonych stwierdzono u jednej osoby.

Wartości obniżone ciałek czerwonych stwierdzono zatem w 58%/o przypadków.

Hemoglobina: normalna u mężczyzn 90 — 100%
u kobiet 80 — 90%/o

Przyjęto jako wartość graniczną 80 (haemometer Leitza).

Stwierdzono: *normalna wartość* od 80 — 90%/o u 53 osób
od 70 — 79%/o u 36 osób
od 60 — 69%/o u 11 osób.

Wartości obniżone hemoglobiny znaleziono zatem w 47%/o przypadków.

Wskaźnik hemoglobinowy: *normalnie 0.8—0.9—1.*

Stwierdzono *wartości prawidłowe*	*u 70 osób*
Stwierdzono *powyżej 1 (hyperchromemia)*	*u 24 osób*
Stwierdzono *poniżej 0.8 (hypochromemia)*	*u 6 osób.*

Stwierdzono w przypadkach pojedynczych *poikilocytozę, anizocytozę*, i *polichromemję, pojedyncze normoblasty* i *erytroblasty.*

Ciałka białe: *normalnie 6.000 — 8.000 w mm³.*

Znaleziono *wartości prawidłowe*	*u 24 osób*	
Znaleziono powyżej 8 — 10.000	u 29 osób	73
Znaleziono powyżej 10 — 15.000	u 33 osób	
Znaleziono do 20.000	u 11 osób	

Najwyższa wartość *graniczna — 20.300.*

Wartości poniżej 6.000 ciałek białych w mm³ znaleziono *u 3 osób.*

Obraz krwi podług Schillinga:

A) *Granulocyty:*

Zasadochłonne: normalnie 0 — 1%/o.

Znaleziono wartości prawidłowe	u 98 osób.
Zwiększone ilości do 2%/o	u 2 osób.

Eozynochłonne: normalnie przeciętna wartość 3%/o (2 — 4%/o).

Wartość graniczna 4%/o.

Wartości *prawidłowe* (do 4%/o) stwierdzono	u 48 osób.	
Aneozynofilję znaleziono	u 31 osób.	
Wartości *powyżej 4%/o* znaleziono	*u 49 osób.*	
w tem do 10%/o eozynochłonnych	u 43 osób	49
w tem do 20%/o eozynochłonnych	u 6 osób.	

Neutrochłonne: normalnie przeciętną wartość 67%/o (54 — 72%/o).

Wartość graniczna 54%/o.

Znaleziono wartości prawidłowe	*u 54 osób*
neutropenję znaleziono	*u 46 osób*

najniższa wartość neutrochłonnych *29%/o.*
Myelocytów brak.
Młodociane: znaleziono u *15 osób.*
Pałeczkowate: normalnie *3 — 5%/o.*

Nieznacznie zwiększone wartości pałeczkowatych stwierdzono u 8 osób.

Segmentowane: normalnie 63%/o.

Wartość graniczna 50%/o.

Normalne wartości znaleziono	*u 57 osób.*
Neutropenję względną znaleziono	*u 43 osób.*

B) *Lymfocyty:* normalna przeciętna *wartość 23%/o (21 — 35%/o).*

Wobec zwiększonej ogólnej ilości ciałek białych przyjęto za *wartość graniczną 30%/o* (podług Schillinga).

Stwierdzono wartości *normalne*	*u 29 osób.*
Wartości *wyższe* stwierdzono	*u 71 osób.*

Najwyższą wartość lymfocytów — *48%/o.*

C) *Monocyty:* przeciętną normalną wartość 6%/o (4—8%/o).

Wartość graniczna 8%/o.

Prawidłowe wartości znaleziono	*u 75 osób.*
Zwiększone wartości stwierdzono	*u 25 osób.*

Najwyższą wartość monocytów *16%/o.*

Jak wynika z systematycznych badań krwi, wpływ pasorzytów przewodu pokarmowego na ustrój ludzki jest bardzo wyraźny. Podobnie jak Schablin i Tobler znajdujemy zmiany przedewszystkiem w krwinkach czerwonych. Prawidłowe warunki były tylko w 42%/o badanych przypadków, w 58%/o natomiast obniżenie wartości ciałek czerwonych było niejednokrotnie bardzo wybitne. Na 100 badanych dzieci, klinicznie wolnych od wszelkich objawów chorobowych, znajdujemy 6 osobników, u których ilość krwinek czerwonych spadła do 2,500.000, 4 osobniki z 2,000.000, a nawet jedno dziecko, u którego ilość ciałek czerwonych wynosi tylko 1.960.000. Jest to przypadek analogiczny do przypadku opisanego przez Schablina, który u swego chorego w przypadku *trichocephaliasis* znalazł 1,200.000 ciałek czerwonych w 1 mm³.

Obniżone wartości hemoglobiny znajdujemy w naszym materjale w 47%/o przypadków. U 11 chorych hemoglobina spadła do 60%/o, nie spotykamy się zatem z obniżeniem tak znacznem, jak Schablin, który u swojej chorej znajduje tylko 17%/o hemoglobiny.

Prawidłowy wskaźnik hemoglobinowy zachodzi u 70 osób. Hyperchromemję stwierdzamy w 24 przypadkach, hypochromemję u 6 dzieci.

W przypadkach poszczególnych stwierdziliśmy poikilocytozę anizocytozę, polichromemję, wreszcie normoblasty i erytroblasty.

W obrazie ciałek białych uderza znaczny procent leukocytozy. Wartości prawidłowe ciałek białych były u 24 osób, wartości wyższe w 73 przypadkach. 20.000 ciałek białych było u 11 osób, do 15.000 c. b. w 33 przypadkach. Pozatem stwierdza się trzykrotnie leukopenję.

Przy różniczkowaniu podług Schillinga, najważniejsze zmiany uderzają nas w ciałkach eozynochłonnych. Prawidłową wartość (do 4%/o eozynochłonnych) znajdujemy u 48 osób, eozynofilję w 49 przypadkach. Eozynofilja jest niejednokrotnie bardzo wybitna, bo u 6-ciu osób wynosi 20%/o, u 43 osób 10%/o. Eozynofilja jest zatem jednym z objawów, który przy chorobie robaczej występują względnie stale i może być djagnostycznie ważnym czynnikiem. Wyczerpanie szpiku kostnego w następstwie toksycznego działania czerwi manifestuje się w naszym materjale trzykrotnie aneozynofilją.

Neutropenja była u 46 osób, przyczem najniższa wartość neutrochłonnych wynosi 29. Myelocytów nie spotykamy. Przesunięcie wzoru leukocytowego na lewo dochodzi w naszym materjale do młodocianych, które stwierdzamy u 15 osób. Nieznaczne zwiększenie pałeczkowatych znajdujemy u 8-miu osób.

Przyjmując graniczną wartość lymfocytów wobec zwiększonej ogólnej ilości ciałek białych na 30%/o podług Schillinga, znajdujemy w naszych badaniach wartości wyższe u 71 osób, przyczem najwyższa wartość lymfocytów dochodzi do 48.

U 25 osób była monocytoza. Monocyty w jednym przypadku dochodziły do 16%/o.

Nasuwa się teraz pytanie, jak należy sobie tłumaczyć powstanie obrazu ciężkiej niedokrewności w przypadkach zakażenia pasorzytami przewodu pokarmowego. Pierwotnie istniało podejrzenie, że czerwie karmią się krwią. Zdanie to nie utrzymało się. Okazało się natomiast, że czerwie, przebywając dłuższy czas w przewodzie pokarmowym, powodują mechaniczne obrażenia drobnych naczyń krwionośnych w jelitach, a w następstwie długotrwałe i rozległe krwawienia, które mogą stać się przyczyną niedokrewności. Drugim momentem przyczynowym są niewątpliwie toksyny, wydzielane przez czerwie, a dotychczas nieznane. Nieobojętnem jest wreszcie stałe pozbawianie gospodarza znacznych ilości pokarmu, zwłaszcza przy masowem nagromadzeniu się czerwi.

Na podstawie systematycznych badań krwi, wykazałem zatem, że działanie czerwi na ustrój ludzki, zwłaszcza cianki ludzkiej, która uchodziła dotychczas za pasorzyta niewinnego, jest wyraźne, nawet u osób klinicznie zdrowych, a niejednokrotnie bardzo wybitne. Powinno to być punktem zwrotnym w naszych pojęciach o patogenezie czerwi i stać się powodem systematycznej i planowo prowadzonej walki z chorobą robaczą.

Leczenie choroby robaczej.

Trzecim etapem naszych zainteresowań było opracowanie metody zwalczania czerwi, zwłaszcza cianki ludzkiej, opornej na stosowane dotychczas środki czerwiogubne.

Przy usuwaniu glist, na ogół, dobre usługi oddawała nam, powszechnie znana santonina. Santoninę podawaliśmy w dawkach od 0,01 do 0,03 g, zależnie od wieku dziecka, łącznie z małą dawką kalomelu 0,025 g. Dzięki ostrożnemu podawaniu santoniny i szybkiemu usuwaniu jej z ustroju spotykaliśmy się rzadko ze znanemi objawami zatrucia, jako to: pokrzywką, skłonnością do wymiotów, lub z wymiotami, bólem głowy lub zawrotami głowy. U dorosłych mieliśmy dobre wyniki przy stosowaniu santoniny + Ol. ricini, jako pasty Starckego. Nie spostrzegaliśmy nigdy ksan-

Liczba porządk.	Imię i nazwisko chorego	Wiek	Rozpoznanie klinicz.	Badanie krwi w chwili rozpoczęcia leczenia »Stovarsolem«											
				c. czerw.	hemogl. w %	wskaźnik hemogl.	c. biał.	Bazof.	Eozynof.	Myel.	Młodoc.	Pałeczk.	Segmen.	Lymfoc.	Mon.
1	Zofja T.	4 [1) 2)]	Asc. Trich.	3 840.000	90	1.1	15.600	1	5	—	—	4	48	33	9
2	Janina T.	6	Trich.	3,930.000	92	1	29.500	—	9	—	—	—	41	44	6
3	Ewa Z.	3½	„	3 500.000 anizocytoza	65	0 8	19.800	—	4	—	—	4	56	32	4
4	Majer Z.	5	„	4,750.000	80	0.8	8.700	—	9	—	—	—	39	43	9
5	Izrael P.	4	„	4.450.000	85	0.8	13.800	—	1	—	—	4	59	30	6
6	Zbigniew A.	3	„	4,330.000	70	0.7	8.700	—	7	—	—	2	62	21	7
7	Marja T.	7	„	4 240.000	90	1	12.000	—	6	—	—	—	53	34	7
8	Adam K.	4	„	4,840.000	78	0.8	14.900	—	6	—	—	1	45	41	5
9	Jenta K.	4	Trich. Asc.	5,000.000	90	0.9	10.700	—	7	—	—	2	62	21	7
10	Rózia F.	23	Trich.	4,620.000	85	0.9	9.800	—	2	—	—	4	64	26	4
11	Maks T.	2½	„	4,500.000	60	0.66	12.900	—	13	—	—	2	45	35	5
12	Ferdyn. F.	6	„	4,400.000	60	0.7	17.700	—	7	—	—	2	62	21	7
13	Marja S.	17	„	4 700.000	70	0.7	10.700	—	5	—	—	1	53	37	4
14	Wiktorja K.	20	„	4,000.000	88	1.1	5.700	—	8	—	—	1	54	36	6
15	Sala G.	17	„	3,700.000	80	1	23.000	—	7	—	—	2	68	20	3
16	Aniela B.	17	„	4.200.000	77	0.9	16.500	—	2	—	—	1	54	32	11
17	Marja	17	„	3,470.000	80	1	10.800	—	4	—	—	2	48	42	4
18	Feiga R.	17	Trich.Asc.	3,700.000	75	1	11.100	—	6	—	—	2	51	32	8
19	Frieda J.	16	Trich.	3,400.000	60	0.9	9.800	—	3	—	—	4	55	31	9
20	Sala H.	20	„	4,340.000	75	0.9	12.100	—	3	—	—	3	62	27	5
21	Marja B.	9	„	4,000.000	70	0.87	12.400	—	3	—	—	1	59	32	6
22	Władysław M.	6	„	3,200.000	73	1.1	10.200	—	2	—	1	4	64	27	2
23	Urszula A.	7	„	3,600.000	65	0.9	13.000	—	2	—	1	2	60	29	6
24	Cesia P.	4	Asc.	4,100.000	80	0.9	9.000	—	11	—	—	1	63	19	6
25	Wacław R.	4	„	3,800.000	70	0.9	8.000	—	1	—	1	3	56	36	3
26	Władysław P.	8	Trich.	2,900.000	55	0.9	14.000	—	5	—	1	2	62	28	2
27	Michał W.	6	Asc.	2.380.000	63	1.2	11.000	—	8	—	1	4	53	26	8
28	Aniela Sk.	18	Trich.	4,870.000	80	0.8	10.000	—	2	—	—	1	59	31	7
29	Marta Z.	11	„	4,960.000	76	0.79	19.900	—	2	—	—	1	61	31	5
30	Jarosław R.	10	„	2,590.000	70	1.4	8.700	—	6	—	1	3	57	29	4

1) Ascaridosis. 2) Trichocephaliasis.

Badanie kału po ukończ. leczenia			Badanie krwi w 14 dni po ukończeniu leczenia »Stovarsolem«											
w 3 dni	w 14 dni	w 21 dni	c. czerw.	hemogl. w %	Wskaźnik hemogl.	c. białek	Bazof.	Eozynof.	Myel.	Młodoc.	Paleczk.	Segmen.	Lymfoc.	Mon.
uj.	uj.	uj.	4,500.000	85	0.9	12.800	—	3	—	—	2	44	45	6
„	„	„	4,340.000	88	1	14.500	—	3	—	—	2	53	40	2
„	„	„	4,930.000	68	0.7	13.000	—	3	—	—	1	56	34	6
„	„	„	4,870.000	80	0.9	8.900	—	8	—	—	1	54	36	6
„	„	„	4,880.000	85	0.9	7.600	—	2	—	—	4	60	29	5
„	„	„	4,500.000	85	0.94	8.400	—	6	—	—	4	40	44	6
„	„	„	4,630.000	90	0.97	10.200	—	5	—	—	2	54	26	13
„	„	„	4,890.000	84	0.9	13.500	—	6	—	—	2	42	41	9
„	„	„	4,850.000	90	0.90	8.000	—	6	—	—	2	44	38	8
„	„	„	5,190.000	90	0.88	8.000	—	2	—	—	—	59	34	5
„	„	„	5,110.000	80	0.79	9.800	—	10	—	—	2	53	25	10
„	„	„	4,760.000	80	0.85	12.000	—	5	—	—	3	48	41	3
„	„	dod.	5 110.000	80	0.8	9.600	—	4	—	—	8	44	41	3
„	„	uj.	4 850.000	90	0.93	6.200	—	6	—	—	5	43	38	8
„	„	„	4,500.000	90	1	12.900	—	4	—	—	4	42	46	4
„	„	„	4,760.000	80	0.85	10.200	—	2	—	—	1	53	40	4
„	„	„	3,810.000	86	1	7.600	—	2	—	—	3	53	40	2
„	„	trich. dod.	4,670.000	85	0.9	10.800	—	6	—	—	2	50	33	9
„	dod.	uj.	3,880.000	72	0.95	7.200	—	4	—	—	4	56	32	4
„	uj.	„	4 560.000	85	0.94	9.800	—	3	—	—	—	56	34	7
„	„	„	3,120.000	—	—	13.600	—	3	—	1	4	62	23	7
„	„	„	4,540.000	78	0.9	10.000	—	3	—	—	2	69	20	6
„	„	„	3,750.000	74	1	9.200	—	4	—	—	3	49	39	4
„	„	„	4,390.000	85	0.9	15.590	—	12	—	—	2	53	29	6
„	„	„	3,600.000	72	1	13.000	—	3	—	1	4	52	30	10
„	„	„	2 890.000	65	1.1	10.600	—	4	—	2	4	55	26	9
„	„	„	3,950.000	75	0.96	8.200	—	2	—	—	7	56	29	6
„	„	„	4,930.000	78	0.73	10.200	—	4	—	—	3	41	47	5
„	„	„	5,090.000	90	0.9	9.400	—	3	—	—	6	49	34	8
„	„	„	3,640.000	73	1.01	7.000	—	6	—	—	4	38	45	7

topsji lub, co gorsza, zaniewidzenia, które opisał Baxter u 5-letniej chorej po jednorazowem podaniu 0,03 gr santoniny. Równocześnie zwracaliśmy baczną uwagę na możliwość samozakażania. Polecano zatem obcinać paznokcie równo z opuszkami i mycie rąk po każdorazowem oddaniu stolca. Przy stosowaniu tej metody leczniczej, już po pierwszych dawkach santoniny glisty odchodziły niejednokrotnie masami. Mała dawka santoniny nie zabiła glist, powodując jedynie odurzenie. Glisty wydalone na zewnątrz, odzyskiwały czasami wkrótce żywą ruchliwość. Badanie kontrolne stolca w kilka i kilkanaście dni po ukończeniu leczenia santoniną dawało nam 70% wyleczenia w *ascaridosis*.

O ile w leczeniu *ascaridosis* ostrożne podawanie santoniny ma swoje uzasadnienie, stosowanie jej przy włosogłówce i owsiku jest stanowczo bezcelowe. Santonina nie działa zupełnie ani na włosogłówkę ani na glistnicę robaczkową. Bezskutecznemi okazały się również wysokie wlewania do kiszki grubej najrozmaitszych roztworów, środków antyseptycznych, jak n. p. tymolu. Na podstawie naszego doświadczenia zgadzamy się zatem ze zdaniem Trumppa i Toblera, którzy w pracach swoich podkreślają bezsilność środków czerwiogubnych, tak wobec włosogłówki, jak owsika. Tobler, opisując przypadek śmierci u 5-letniego chłopca w następstwie zakażenia cianką ludzką, wypowiada nadzieję, że może kiedyś uda nam się zwalczyć ciankę przez wprowadzenie leku do krwi osobnika zakażonego.

Niedostateczność środków czerwiogubnych, stosowanych przez rozmaitych autorów wobec cianki ludzkiej, która na podstawie badań krwi, przeprowadzonych przez nas, posiada znaczenie wysoce patogenetyczne dla ustroju ludzkiego, była momentem pobudzającym do szukania nowych dróg. Jak wiadomo, już w roku 1923 Marchoux we Francji, jako pierwszy, przedstawia przypadek wyleczenia czerwonki pełzakowej przez doustne podanie kwasu acetyloxyaminofenyloarsinowego, wprowadzonego do handlu pod nazwą „Stovarsolu". Delanoe, Nogue i Leger, dalej Cade i Ravaut, Fontanel i inni, podkreślają skuteczność „stovarsolu" w przypadkach czerwonki pełzakowej, opornej na działanie znanych środków leczniczych. Opierając się na doskonałych wynikach, otrzymanych przez autorów francuskich w czerwonce amebowej, przy doustnem podaniu stovarsolu, postanowiłem zastosować na próbę „Stovarsol" w leczeniu choroby robaczej, zwłaszcza przy *trichocephaliasis*. Dzięki uprzejmości firmy Ludwik Spiess i Spka, Warszawa, która z całą gotowością oddała mi bezinteresownie większą ilość „Stovarsolu" dla badań klinicznych, stosowano „Stovarsol" u 250 chorych, w wieku od lat 2—47, u których badanie kału w kierunku czerwi dało wyniki dodatnie. „Stovarsol", wyrabiany przez firmę Spiessa, dostarczany jest w tabletkach po 0,25 g, przyczem dawka maksymalna dla dorosłego nie może przekraczać, jak to podaje sposób użycia, 4-ch tabletek dziennie.

Należało przedewszystkiem oznaczyć doświadczalnie najmniejszą dawkę „Stovarsolu" dla dzieci, skuteczną w chorobie robaczej, a nie wywołującą żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Rozpoczęto u dzieci od podania jednorazowo dawki, wynoszącej ¼ tabletki, (0,06 g „Stovarsolu"). Później stosowano tę dawkę dwa razy dziennie, a wreszcie 4 razy dziennie. Okazało się, że dawka ta znoszoną była dobrze, nie wywierała jednak pożądanego wpływu na pasorzyty. Około 60% badanych stolców pozostawało dodatnich. Zwiększając dawkę stopniowo, doszliśmy u dzieci do lat 12 do jednorazowej dawki 2-ch tabletek (0.5 g), u dorosłych do dawki 4-ch tabletek podawanych jednorazowo. Posuwając się krok za krokiem, opracowaliśmy ostateczny schemat leczenia. Bardzo celowemi okazały się przytem przemywania jelita grubego roztworami środków antyseptycznych.

Nasz schemat leczenia przedstawia się następująco:

1) U dorosłych: Pierwszego dnia 15 g Ol. ric., w 4 godziny później hegar wysoki (1 litr wody ciepłej z dodatkiem 1‰ tymolu).

2) Drugiego, trzeciego, czwartego, piątego i szóstego dnia (a zatem 5 dni z rzędu) 4 tabletki „Stovarsolu" na czczo (4×0,25 g, pół godziny przed jedzeniem). Tabletki „Stovarsolu" należy dokładnie rozpuścić w pół szklance wody ciepłej. Popołudniu, 5 dni z rzędu, hegar wysoki (1 litr wody ciepłej z dodatkiem 1‰ tymolu).

3) Siódmego dnia 15 g ol. ric.

U dzieci do lat 12 leczenie identyczne, z dawką mniejszą (2 tabletki „Stovarsolu", jedna łyżeczka ol. ric.), poczem leczenie należy uważać za ukończone. Pierwsze badanie kontrolne kału wykonujemy w 3 dni po ukończeniu leczenia, następne po 14 dniach, ostatnie po 21 dniach. Dokładna obserwacja kliniczna każdego przypadku (codzienne badanie moczu) jest konieczną.

Leczenie „Stovarsolem" przeprowadziliśmy w 250 przypadkach.

Przypadki nasze rozpadają się na:

ascaridosis	22 przypad.
Trichocephaliasis	190 przypad.
Trichocephaliasis + *ascaridosis* (zakażenie równoczesne)	36 przypad.
Oxyuriasis	2 przypad.
Razem	250 przypad.

Przed rozpoczęciem leczenia „Stovarsolem" wykonywano u każdego chorego badanie cytologiczne krwi. Liczono ciałka czerwone, oznaczano procent hemoglobiny i wskaźnik hemoglobinowy, liczono ciałka białe i różniczkowano podług Schillinga. Celem wykazania wpływu leczenia na obraz krwi wykonywano ponownie badania cytologiczne po ukończonem leczeniu.

Załączone tablice przedstawiają szczegółowo wyniki badań w 30 przypadkach choroby robaczej, a to:

24 przyp. *trichocephaliasis*,
3 przyp. *ascaridosis*
3 przyp. *trichocephaliasis* + *ascaridosis*.

Jak wykazują załączone tablice, otrzymaliśmy przy leczeniu 250 przypadków choroby robaczej, przy schemacie wskazanym uprzednio, w 90% przypadków zupełne usunięcie czerwi. Cianka ludzka, oporna dotychczas na środki czerwiogubne, została z ustroju chorych usunięta, dzięki zastosowaniu „Stovarsolu". „Stovarsol" znoszono na ogół dobrze. Chorzy, nawet małe dzieci, przyjmowali chętnie i bez oporu „Stovarsol". Wyjątkowo spotykano się z nadmierna wrażliwością, cechującą się nudnościami lub wymiotami. Dwukrotnie wystąpiła biegunka, raz, w 48 godzin po pierwszem podaniu 2-ch tabletek „Stovarsolu", spostrzegano u 7-letniego chłopca półpasiec. Po usunięciu „Stovarsolu" objawy wspomniane ustąpiły samoistnie.

Było rzeczą interesującą przekonać się, w jakim czasie po usunięciu czerwi, obraz krwi wraca do normy. W tym celu wykonano szereg badań cytologicznych w 14 dni po ukończonem leczeniu. Jak wynika z załączonego zestawienia, we wszystkich przypadkach leczonych „Stovarsolem", a badanych w 14 dni po ukończonem leczeniu, obraz krwi ulegał stopniowemu polepszeniu. Ilość ciałek czerwonych zwiększała się, procent hemoglobiny podnosił się, wskaźnik hemoglobinowy przesuwał się ku granicy prawidłowej.

Streszczenie.

1) Pasorzyty przewodu pokarmowego odgrywają pierwszorzędną rolę w patologji ludzkiej. Badania wykonane u 1300 osób (2000 badań kałów) wykazały 39.7% zakażonych. *Ascaris, lumbr* znaleziono w 3.9%, *trichoc. disp.* 29.6%, *ascar.* + *trich.* 5.7%, *oxyuris* 0.38%.

2) Metoda Bass-Fülleborna, oparta na wypływaniu jaj pasorzytów w roztworze soli kuchennej o wysokiej koncentracji, jest pewna, łatwa i ekonomiczna, zasługuje zatem na szerokie uwzględnienie przed stosowaną dotychczas metodą Telemanna.

3) Systematyczne badania krwi, przeprowadzone u 100 dzieci, klinicznie zdrowych zakażonych czerwiami pospolitemi, wykazały zmiany w obrazie krwi, niejednokrotnie bardzo wybitne u 58% badanych osób. Usunięcie czerwi spowodowało rychłą poprawę w obrazie krwi.

4) Wbrew dotychczasowym poglądom włosogłówka (*trichocephalus disp.*) posiada niewątpliwie znaczenie patogenetyczne dla ustroju ludzkiego. W pojedynczych przypadkach może spowodować nawet zejście śmiertelne.

5) Kwas acetylooxyaminofenylearsinowy („Stovarsol"), podany drogą doustną, jest wybitnym środkiem czerwiogubnym. Zastosowano go w 250 przypadkach choroby robaczej. „Stovarsol" działa niszcząco na glisty, a zwłaszcza na włosogłówkę, która opierała się dotychczas wszelkim próbom usunięcia.

Piśmiennictwo.

1) Braun-Seifert: Die tierischen Parasit. des Mensch. II. t: 1926 *): — 2) Lehmanns: Medizin — Atlanten — Bd. XI. — 3) Tobler: Zeit. f. Kinderh: B: 42, 3 i 4 zeszyt, 1926. — 4) Cieszyński: Pedjatr. Pol. T. V. Z: 1, 2: — 5) Lubieniecki: P. Arch. Med: wew: T: 4, Z: 4:

*) Podane dokładnie piśmiennictwo.

Dr. M. GRYCEWICZ, asystentka kliniki, Warszawa.
Dr. H. WASERMANOWA, hospitantka kliniki.

Przyczynek do leczenia białaczki szpikowej trzeciaczką.

Z I-ej kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Wszystkie dotychczasowe metody leczenia białaczki, zarówno leczenie arsenem, jak i benzolem, torem oraz głębokiemi naświetlaniami śledziony promieniami Roentgena są paljatywami, dającemi jedynie krótsze lub dłuższe remisje choroby. Dlatego też każda nowa metoda leczenia białaczki, któraby dawała jakąkolwiek poprawę, wzbudza należne zainteresowanie. Jedną z takich metod chwili obecnej jest leczenie białaczki zimnicą. Próby leczenia białaczki szczepieniami tym chorym chorób zakaźnych mają podstawę empiryczną w zauważonych już dawno faktach, że przebycie przypadkowej choroby gorączkowej wywiera wpływ dodatni na białaczkę, powodując zmniejszanie we krwi liczby ciałek białych, zmniejszenie śledziony i gruczołów chłonnych, znikanie we krwi postaci patologicznych leukocytów oraz poprawę ogólną. Zmiany te u chorych na białaczkę stwierdzano w przypadkach jej powikłania różą, grypą (Kovacs i Thorsch), posocznicą, gruźlicą prosówkową, zapaleniem płuc krupowem i t. d. Nägeli tłumaczy zmniejszanie się ilości ciałek białych we krwi chorych na białaczkę pod wpływem przypadkowych zakażeń działaniem bodźca zakaźnego na miąższ krwiotwórczy ciałek białych, które kieruje na normalne tory tworzenie białych elementów morfotycznych. Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, Coley próbował, podobno, z wynikami zachęcającemi leczyć białaczkę mieszaniną jadów, otrzymanych z paciorkowca róży oraz lasecznika krwawego (bac. prodigiosus). Quineke i Nägeli stosowali szczepienia tuberkuliny, lecz bez wyników dodatnich. W r. 1905 Schupfer próbował leczyć białaczkę szczepieniami zimnicy czwartaczki. Wynik był negatywny. Ostatnio w 1925 r. Luccherini w „Il policlinico" podał opis przypadku białaczki szpikowej, leczonej szczepieniem trzeciaczki z wynikiem pomyślnym. Opierając się na tej pracy Luccheriniego, postanowiliśmy zastosować w klinice leczenie szczepieniem zimnicy u chorej z przewlekłą mielozą białaczkową. Skłoniła nas do tego również ta okoliczność, że wartość tej metody leczniczej jest dotychczas dla białaczki nieustalona.

Chora S. M., l. 48, wyrobnica wiejska, zgłosiła się do kliniki 5 maja ub. r. z powodu guza w jamie brzusznej, bólów w nogach oraz ogólnego osłabienia. Podaje, że od 4-ch lat odczuwa bóle w dołku po jedzeniu, miewa uczucia pełności i wzdęcia, od czasu do czasu wymioty, silne bóle i zawroty głowy, bezsenność. Guz zauważyła przed 5-ma miesiącami. Równocześnie pogorszył się stan ogólny i zjawiły się męczące bóle krzyża. W ciągu całej choroby podobno nie gorączkowała; znacznie schudła. Choroby przebyte: jedynie krwotok maciczny przed 5-ciu laty. Perjody były normalne, ostatni 6 miesięcy temu. Porodów i poronień nie było. Stan obecny: zwraca uwagę znaczne wyniszczenie, bladość, nieznaczne powiększenie gruczołów chłonych na szyi, pachowych i pachwinowych, bolesność kości długich na opuk, powiększenie tarczycy oraz stan podgorączkowy. Narządy klatki piersiowej bez zmian. W brzuchu stwierdza się obmacywaniem i opukiwaniem gładki, zbity guz, wychodzący z pod lewego podżebrza i idący do dołu aż do spojenia łonowego, na prawo przechodzący poniżej pępka poza linję środkową ciała. Guz ten nie jest bolesny i na swoim przyśrodkowym brzegu powyżej pępka wykazuje wręby (śledziona); wątroba wystaje na 1½ palca z pod łuku żebrowego, niebolesna, miernie zbita, gładka. W moczu duża ilość moczanów. Badanie krwi: ciałka czerwone układają się w rulony; ilość ciałek czerwonych 2,720.000 w 1 mm³, Hb 45%, wskaźnik barwny 0.82; ciałek białych 117.200 w 1 mm³; mianowicie: obojętnochłonnych wielojądrzastych 33.5%; promjelocytów 13%, mjelocytów 41%, metamjelocytów 7%, razem 61%; myeloblastów 4%, limfocytów 1.5%, normoblastów 2%. Odczyny Wassermanna i Sachs-Georgiego we krwi ujemne. Rozpoznanie: Myelosis leucaemica.

11. 5. 1927 wstrzyknięto domięśniowo 3 cm³ krwi chorego z trzeciaczką. Do 29. 5. stan przedmiotowy bez zmian; we krwi ilość leukocytów wzrosła do 169200 w 1 mm³. Dnia 29. 5. zaczęła się gorączka, początkowo o typie nierównomiernym z obfitemi potami. W tym okresie, pomimo wielokrotnych badań krwi, pasorzytów zimniczych w niej nie wykrywaliśmy. Dopiero 8. 6. wykryliśmy te pasorzyty w kształcie szyzontów; początkowo były one nieliczne, następnie coraz liczniejsze. Typowe napady trzeciaczki wystąpiły dopiero 10. 6. t. j., w miesiąc po zakażeniu. Mamy więc tu do czynienia z atypowym przebiegiem zimnicy, co zresztą podkreślają wszyscy badacze, którzy leczyli zimnicą porażenie postępujące (Wagner-Jauregg, James, z polskich Artwiński i Ostrowski). — Śledziona pod wpływem zakażenia zimniczego w naszym przypadku początkowo (1. 6.) powiększyła się, stała się bardziej bolesną i twardą, następnie zaś zmniejszyła się bardzo nieznacznie. Ilość ciałek białych we krwi zaczęła od dnia 29. 5. stopniowo się zmniejszać, mianowicie: 25. 5. — 169.200, 2. 6. — 92.000, 6. 6. — 60,000, 9. 6. — 56.000, 11. 6. — 45.000, 13. 6. — 39,000, 15: 6: — 13:800: Badanie z dnia 15. VI. wykazało: obojętnochłonnych wielojądrzastych 52%, promjelocytów — 14%, mjelocytów — 17%, metamjelocytów — 11% (razem 42%); mjeloblastów — 2%, limfocytów — 4%, normoblastów — 7%, megaloblastów 2%, słowem, liczba ciałek obojętnochłonnych wielojądrzastych i limfocytów wzrosła, mjelocytów zaś i mjeloblastów obniżyła się. Ilość ciałek czerwonych spadła do 1.600.000, Hb. — 40%. Liczba normoblastów wzrosła, zjawiły się megaloblasty. W moczu — urobilina Stan ogólny pogorszył się. Waga z 50 kg obniżyła się do 47.5 kg. Ze względu na wzrastającą niedokrwistość oraz ciężki stan chorej, napady zimnicy przerwaliśmy chininą. Badanie krwi po 2 dniach od czasu przerwania napadów wykazało wzrost leukocytów do 36.800, wobec czego zastosowaliśmy u chorej naświetlanie śledziony promieniami Roentgena. Przebieg leczenia promieniami Roentgena nie różnił się od przebiegu leczenia przypadków białaczki, uprzednio nieszczepionych zimnicą: po 4-ch naświetlaniach ilość ciałek białych spadła do 9000 w 1 mm³ przyczem ilość postaci patologicznych spadła do 10%; ilość ciałek czerwonych wykazała 1,720.000 w 1 mm³; ogólny stan chorej oraz samopoczucie poprawiły się, śledziona natomiast pozostała bez zmiany. Chora opuściła klinikę z zaleceniem zgłoszenia się po 2 miesiącach na powtórną serję naświetlań.

Streszczając dane swego spostrzeżenia, dochodzimy do wniosku, że leczenie trzeciaczką naszego przypadku mielozy białaczkowej sprowadziło wybitne obniżenie ilości ciałek białych we krwi oraz zmniejszenie liczby ich postaci patologicznych; śledziona pozostała prawie bez zmiany, jednocześnie wzrosła niedokrwistość, i pogorszył się znacznie stan ogólny chorej. Wkrótce po przerwaniu napadów zimnicy wzrosła ilość ciałek białych we krwi. Wyniki nasze zgadzają się ze spostrzeżeniem Gamble'a nad leczeniem trzeciaczką jednego przypadku białaczki szpikowej oraz jednego białaczki limfatycznej. Wyniki tych spostrzeżeń Gamble ogłosił już w trakcie naszych badań. Przypadek nasz nie rozstrzyga zagadnienia wartości metody leczenia białaczki zimnicą. Podajemy go do ogólnej wiadomości, jako pierwsze spostrzeżenie pod tym względem w piśmiennictwie ojczystem, a jedno z pierwszych w piśmiennictwie ogólno-lekarskiem. Pragniemy tu podkreślić, że w naszym przypadku leczenie naświetleniami śledziony promieniami Roentgena dało wyniki lepsze, niż leczenie zimnicą.

Piśmiennictwo.

1) Kovacs i Thorsch przyt. według K. Zielińskiego: „Grypa, influenca": Warszawa 1924, str. 44. — 2) Coley przyt. wedł: A: Domarus: „Die Leukämien" w Kraus Brugsch: Spez: Path. u. Ther: inn: Krankh: VIII B:, str: 506, 1920: — 3) Quincke i Nägeli: Domarus l. c. — 4) Schupfer przyt. wedł: Luccherini. — 5) Luccherini: Il policlinico, t: XXXII, fasc. 50, 1925, streszcz. Pr: M: Nr: 37, 1926 (Rev: des Journ: str. 83): — 6) Wagner-Jauregg: W. kl. W. Nr. 1, str: 26. 1927: — 7) Artwiński i Ostrowski: P. G. L. 51/1924 i 48/1925. — 8) Gamble: The Journal of the americain medical association. Vol. 88, Nr. 2, 1927, str: 87: — 9) Rosen: Deut. med. Woch: 1927, Nr: 17:

Dr. K. SAWICZ, Asystent kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Badania nad wysysalnością chlorków, wprowadzonych do ustroju za pomocą inhalacji i picia solanki Ciechocińskiej.

Z Inhalatorjum Państwowego Zakładu zdrojowego w Ciechocinku.

Oddawna wiadomo, że drogą wziewań można wprowadzić do najdrobniejszych oskrzelików, a nawet do pęcherzyków płucnych substancje gazowe oraz rozpylone na najdrobniejsze kropelki roztwory soli i leków. Wykonał to na płucach kota Heryng zmuszając go do wziewania roztworu błękitu metylowego, który zabarwił pęcherzyki płucne, do których przeniknął. To samo stwierdził Heubner i inni. Dowiodły tego również kliniczne spostrzeżenia nad chorymi, którzy wskutek pracy zawodowej byli zmuszeni oddychać powietrzem zanieczyszczonem cząsteczkami pyłu

węglowego, kamiennego, u których po śmierci znajdowano drobniutkie cząstki tego pyłu w gruczołach oskrzelowych oraz w tkance płucnej. Heryng dowiódł, że wziewaniem pary wodnej z domieszką środków leczniczych, można wprowadzić do ustroju owe środki i otrzymać odpowiedni skutek farmakologiczny. Rudolph tą drogą radził leczyć suchoty płucne i do tego celu podał przyrząd własnego pomysłu.

Co do wziewań ogólnych, polegających na pobycie kilkunastuminutowym w atmosferze napełnionej rozpylonemi na najdrobniejsze kropelki roztworami soli, i wprowadzaniu do ustroju tą drogą różnych soli, wiadomości nasze są niepewne. Że przenikają one do pęcherzyków płucnych, wiemy z pewnością, w jakiej wszakże ilości, czy wszakże ich wchłanianie może się odbić na przemianie w ustroju, w tym kierunku prace są bardzo skąpe. Dlatego też z inicjatywy prof. Szmurły postanowiłem podjąć odpowiednie badania we wziewalni ogólnej w Ciechocinku. We wziewalni tej działają dwa przyrządy: Scanta i trzy przyrządy Heyera rozpylające pod ciśnieniem 1—1½ atmosfer mieszaninę równych ilości solanek ze źródła Nr. 8 (0,3%) i ze źródła Nr. 11 (6%) przedstawiające koncentrację przeszło 3% soli kuchennej oraz nieznacznej ilości innych soli jak: chlorek wapnia, chlorek potasu, bromu sodu i magnezu, jodek sodu i inne.

Postanowiłem przeto sprawdzić, czy pobyt półgodzinny we wziewalni odbije się w sposób mniej lub więcej wyraźny na przemianie chlorków w ustroju.

Badania przeprowadzałem na osobach zdrowych, przytem starałem się ażeby przez czas obserwacji, badane osoby odżywiały się jednakowo i używały tylko nieznacznej ilości soli kuchennej. Przed przystąpieniem do badania po wziewaniach solanki, przerabiałem analizy kontrolne na zachowanie się chlorków w moczu w różnych porach dnia w ciągu 2-ch dni bez wziewań solanki. U wszystkich osobników ilość chlorków w różnych porach dnia była niejednakowa.

Po ustaleniu ilości chlorków w moczu przed wziewaniem, w odstępach godzinnych między 9-tą godz. rano a 3-cią pp., przystępowałem do badania chlorków w moczu po półgodzinnym wziewaniu solanki, przyczem mocz badałem w tych samych odstępach czasu co i podczas kontroli, zalecając badanym odżywianie się jak i podczas badań kontrolnych.

Badania przeprowadzałem w Laboratorjum Szpitala Komisji Zdrojowej w Ciechocinku. Do badań użyłem następującej metody:

10 cm sześć. moczu,

3 cm sześć. kwasu azotowego 30%, wolnego od niższych związków azotu,

30 cm sześć. azotanu srebra decinormalnego.

Wszystko to razem wlewa się do kolbki szklanej 100 cm sześć. po zmieszaniu dolewa się wody destylowanej w ilości 57 cm sześć., tak, że wszystkiej mieszaniny otrzymujemy 100 cm sześć. Mieszaninę tę po należytem skłóceniu należy przesączyć przez karbowany sączek, następnie należy odmierzyć do kolbki Erlen Meyera 50 cm sześć. przesączu, dodać 2—4 cm sześć. roztworu żelazowo-amonowego, nasyconego na zimno; jako wskaźnik, miareczkujemy nadmiar azotanu srebra dc. norm. roztworem rodanku amonu, aż do czerwonego zabarwienia. Zużytą ilość cm sześć. roztworu rodanku amonu dc. norm. należy pomnożyć przez dwa ażeby się dowiedzieć ile wypada rodanku amonu na całe — 100 cm sześć. mieszaniny. Ilość tą — cm sześć. rodanku amonu dc. norm. odejmuje się od ilości dodanych cm sześć. azotanu srebra (30).

Z różnicy otrzymanej obliczamy zawartość chlorków w 10 cm sześć. moczu, wiedząc, że 1 cm sześć. roztworu dc. norm. Argentum Nitricum odpowiada 3,546 mg chloru.

Przeprowadzając badania, co drugi dzień sprawdzałem faktor (wskaźnik liczbowy, przez który należy pomnożyć otrzymany decinormalny roztwór azotanu srebra, ażeby otrzymać ścisły roztwór decinormalny *Argenti Nitrici)* albowiem ostatni zmienia się, gdyż azotan srebra ulega rozkładowi. Szczególnie starannie sprawdzałem faktor Ar. Nitr. zaraz po otrzymaniu, zanim go brałem do badań. Często faktor był tak znaczny, że zamiast 30 cm sześć. azotanu srebra należało wziąść znacznie większą liczbę, żeby badanie było ścisłe.

W badaniach kontrolnych zauważyłem, że ciężar gatunkowy moczu nie jest zależny od ilości chlorków, często chlorków mamy bardzo dużo, natomiast ciężar właściwy jest mały. W różnych porach dnia ciężar właściwy może być jednakowy, a ilość chlorków różna.

Pierwsze badanie przeprowadziłem na sobie samym. Dwa dni z rzędu badałem ilość chlorków w moczu o godz. 9-tej, 10, 11, 12, 1, 2, 3, 4-tej jako też ciężar właściwy, cukier i białko, zachowując przytem jednakową dietę, przez cały czas badania. Na trzeci dzień badania przeprowadzałem po półgodzinnem wziewaniu rozpylonej solanki 3% w postaci mgły we wziewalni zwyczajnej. Pierwsze badanie wykonałem w pół godziny po wziewaniu, ilość chlorków równała się 107 mg natomiast przed wziewaniem o tej samej godzinie chlorków było wszystkiego 96 mg W godzinę po wziewaniu ilość chlorków wzrosła jeszcze bardziej do 109 mg.

Badanie wykonane w półtorej godziny po wziewaniu dało 107 mg, w 2 godziny — 104, w 3 g. — 98 i w 4 godziny po wziewaniu ilość chlorków wynosiła wszystkiego 89 mg.

Za każdym razem badania chlorków w moczu przed wziewaniem i po wziewaniu sprawdzałem mocz na zawartość cukru i białka, lecz zawsze z wynikiem ujemnym.

Drugie badanie. Mocz przed wziewaniem c. właściwy 1025, białka —, cukru —

10 cm sześć. moczu,
3 cm sześć. HNO_3,
30 cm sześć. $AgNO_3$
57 cm sześć. H_2O,

100 cm sześć. mieszaniny

50 cm sześć. przesączu plus 2 cm sześć. alunu żelazowo-amonowego. Miareczkując użyto NH_4CNS 1,1 cm sześć. na 50 cm sześć., a na 100 cm sześć. $1,1 \times 2 = 2,2$ cm sześć.

Faktor $AgNO_3$ równa się 1,0264
Faktor NH_4CNS równa się 0,9934
Azotanu srebra zużyto — $30 \times 1,0264 = 30,7920$.
Rodanku amonu zużyto — $2,2 \times 0,9934 = 2,18548$.
$30,7920 - 2,1854 = 28,6066$.
$28,6066 \times 3,546 = 101$ mg.

Po 1 godzinie po wziewaniu C. Wł. 1022 Chlorków 104 mg.
Po 2 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1023 Chlorków 107 mg.
Po 3 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1024 Chlorków 104 mg.
Po 4 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1025 Chlorków 89 mg.

3-cie badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1023 Chlorków 52 mg.

Po pół godziny po wziewaniu C. Wł. — Chlorków 83 mg.
Po 1 godzinie po wziewaniu C. Wł. — Chlorków 62 mg.
Po 2 godzinach po wziewaniu C. Wł. — Chlorków 55 mg.
Po 3 godzinach po wziewaniu C. Wł. — Chlorków 50 mg.

4-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1027 mg. Chlorków 86,5 Białka — Cukru —

Po 1 godzinie po wziewaniu C. Wł. 1022 Chlorków 95,8 mg.
Po 2 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1023 Chlorków 95 mg.
Po 3 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1024 Chlorków 90,1 mg.
Po 4 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1026 Chlorków 88 mg.

5-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1020 Chlorków 55 mg. Białka — Cukru —

Po 40 m. po wziewaniu Chlorków 102,5 mg.
Po 1 godz. 20 m. po wziewaniu Chlorków 63,6 mg.
Po 2 godz. 20 m. po wziewaniu Chlorków 62,8 mg. na 10 cm sześć. moczu.

6-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1024 Chlorków 87 mg. Białka — Cukru —

Po pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1023 Chlorków 95 mg.
Po 1 godzinie po wziewaniu C. Wł. 1022 Chlorków 100 mg.
Po 2 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1022 Chlorków 93 mg.
Po 3 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1021 Chlorków 82 mg.
Po 4 godzinach po wziewaniu C. Wł. 1020 Chlorków 74 mg.

7-me badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1026 B—, C—, Chlorków 101 mg.

Pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1025 Chloru 108 mg.
1 godzina po wziewaniu C. Wł. 1025 Chloru 107 mg.
2 godziny po wziewaniu C. Wł. 1023 Chloru 108 mg.
3 godziny po wziewaniu C. Wł. 1024 Chloru 98 mg.

8-me badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1023, B—, C—, chlorków 99 mg.

Pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1025 Chloru 107 mg.
1 godzina po wziewaniu C. Wł. 1027 Chloru 108 mg.
2 godziny po wziewaniu C. Wł. 1023 Chloru 102 mg.
3 godziny po wziewaniu C. Wł. 1024 Chloru 84 mg.

9-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1026, B—, C—, Chlorków 69 mg.

Pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1025 Chloru 75 mg.
1 godzina po wziewaniu C. Wł. 1026 Chloru 84 mg.
2 godziny po wziewaniu C. Wł. 1022 Chloru 56 mg.
3 godziny po wziewaniu C. Wł. 1025 Chloru 70 mg.

10-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1203, B—, C—, chlorków 102 mg.

Pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1027 Chlorków 109 mg.
1 godzina po wziewaniu C. Wł. 1026 Chlorków 108 mg.
2 godziny po wziewaniu C. Wł. 1023 Chlorków 103 mg.
3 godziny po wziewaniu C. Wł. 1025 Chlorków 88 mg.

11-te badanie.

Przed wziewaniem C. Wł. moczu 1024 B—, C—, Chlorków 74 mg.

Pół godziny po wziewaniu C. Wł. 1024 Chlorków 56 mg.
1 godzina po wziewaniu C. Wł. 1022 Chlorków 63 mg.
2 godziny po wziewaniu C. Wł. 1021 Chlorków 78 mg.
3 godziny po wziewaniu C. Wł. 1021 Chlorków 69 mg.

12-te badanie.

Przed wziewaniem Chlorków 89 mg.

Pół godziny po wziewaniu Chlorków 70 mg.
1 godznia po wziewaniu Chlorków 82 mg.
2 godziny po wziewaniu Chlorków 90 mg.
3 godziny po wziewaniu Chlorków 75 mg.

13-te badanie.

Przed wziewaniem Chlorków 92 mg.

Pół godziny po wziewaniu Chlorków 64 mg.
1 godzina po wziewaniu Chlorków 78 mg.
2 godziny po wziewaniu Chlorków 85 mg.
3 godziny po wziewaniu Chlorków 81 mg.
4 godziny po wziewaniu Chlorków 79 mg.

Z badań tych wynika, że w 10 z nich na 13 po półgodzinnem pobycie w atmosferze nasyconej rozpyloną solanką 3%-wą już w pół godziny po wziewaniu występuje w moczu znaczne zwiększenie ilości chlorków, w ciągu 1-ej godziny ilość ta nawet narasta, po 2-ch godzinach zaczyna się zmniejszać, a po 3-ch wraca do normy. Natomiast w trzech ostatnich badaniach moczu po półgodzinnem wziewaniu solanki 3% zaobserwowałem odwrotne zjawisko, mianowicie: ilość chlorku w pół godziny po wziewaniu staje się mniejsza, niż przed samem wziewaniem, dopiero po 2-ch godzinach po wziewaniu ilość chlorków w moczu zwiększa sie i nawet może przewyższać ilość chlorków przed wziewaniem. W tych trzech ostatnich przypadkach anormalnych składników w moczu, świadczących o anormalnej funkcji nerek, nie znaleziono. W dzień przed wziewaniem przerobione zostały próby kontrolne na zachowanie się chlorków w moczu w różnych porach dnia, w których to i po wziewaniu przerabiano badania ilościowe moczu na zawartość chlorków.

Otrzymane w ostatnich 3-ch badaniach wyniki odmienne wskazują, że obok występującego niezwłocznie po wziewaniu zwiększenia wydzielania chlorków z moczem, może zajść chociaż rzadko zjawisko odwrotne: zatrzymanie tej ilości, a potem stopniowe narastanie ich wydzielania. Jakie przyczyny powodują to zjawisko trudno narazie wyjaśnić; czy chodzi tu o pewien odczyn indywidualny, czy mamy tu do czynienia z jakiemiś bliżej nieustalonemi zaburzeniami powodowanemi wadliwą przemianą chlorków w ustroju, czy też chodzi o jakieś wykroczenia dietetyczne, co do których badani nie chcieli się przyznać, trudno na razie zdecydować. Potrzeba byłoby przerobić badania dodatkowe przez zastosowanie ścisłej klinicznej obserwacji, co w warunkach zdrojowiskowych jest prawie niemożebne do wykonania. Kwestję te więc pozostawić do rozwiązania należy klinicystom, którzy mogą ją wyjaśnić zastosowawszy ścisłą obserwację kliniczną nad osobnikami badanemi podczas i po wziewaniach solankowych.

* * *

Obok badań powyższych postanowiłem w celach porównawczych przeprowadzić szereg badań moczu u osobników zdrowych po wypiciu przez nich jednej szklanki solanki ze źródła Nr. 10 zawierający 0,7% soli kuchennej, czyli po wprowadzeniu do ustroju jednorazowo około 1,4 g NACl. I tu również badani zachowywali jednakową dietę przed wypiciem jak i po wypiciu solanki. Mocz badałem przed wypiciem, a następnie jak w badaniach poprzednich w pół godziny po 1-ej, 2-ch i 3-ch godzinach po wypiciu solanki.

Wynik badania był następujący:

1-sze badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1022, Chlorków 100 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki C. Wł. moczu 1022 Chlorków 103, 4 mg.

Po 1 godzinie po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. moczu 1023 Chlorków 104, 1 mg.

Po 2 godzinach po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. moczu 1021 Chlorków 102, 3 mg.

Po 3 godzinach po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. moczu 1026 Chlorków 102, 3 mg.

2-gie badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1021 Chlorków 91, 382.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 96 mg.

Po 1 godzinie po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 83,3 mg.

Po 2 godzinach po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1020 Chlorków 83, 1 mg.

Po 3 godzinach po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 81 mg.

3-cie badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1023 Chlorków 82,5 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 86 mg.

1 godzina po piciu 1ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 87 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 83 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 84 mg.

4-te badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1026 Chlorków 92,5 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 94,2 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 97, 3mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 93,2 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1025 Chlorków 90,7 mg.

5-te badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1018 Chlorków 59,2 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1017 Chlorków 62,5 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 61,2 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1020 Chlorków 59 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 53.8.

6-te badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1023 Chlorków 83, 8 Białka — Cukru—

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1022 Chlorków 83,3 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 86 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 85 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1022 Chlorków 83,6 mg.

7-me badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1021 Chlorków 96,3 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1022 Chlorków 96,3 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 97 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 95 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1020 Chlorków 95 mg.

8-me badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1020 Chlorków 94 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 101 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1018 Chlorków 101.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1019 Chlorków 101.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 96 mg.

9-te badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1018 Chlorków 84 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1020 Chlorków 88 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 90 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1021 Chlorków 91 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1022 Chlorków 89.

10-te badanie.

Przed piciem solanki C. Wł. moczu 1024 Chlorków 100 mg.

Pół godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1023 Chlorków 106 mg.

1 godzina po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 107 mg.

2 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1024 Chlorków 105 mg.

3 godziny po piciu 1-ej szklanki solanki C. Wł. 1025 Chlorków 102 mg.

Jak widać z tych badań ilość chlorków w moczu zwiększała się dość wyraźnie. Zwiększanie to trwało przeważnie do dwuch godzin, potem następowało zmniejszanie, ale po 3-ch godzinach ilość chlorków w moczu była większa, aniżeli przed wypiciem solanki. Zjawiska zmniejszania chlorków po wypiciu solanki, jak to zdarzyło się trzykrotnie w pewnej grupie badań po wziewaniach nie zauważyłem.

Wracając teraz do wpływu wziewań ogólnych na przemianę chlorków w ustroju na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzić należy, że w większości przypadków po wziewaniach następuje wzmożone wydzielanie chlorków, trwające od 2-ch do 3-ch godzin, przyczem największa ilość chlorków wypada na 1-ą godzinę, poczem następuje zwykle stopniowe zmniejszanie się tej ilości. W 20% przypadków widzimy zatrzymanie się chlorków wyrażające się zmniejszeniem ich ilości w moczu. Stąd możnaby wyciągnąć wniosek, że wziewania ogólne i wprowadzenie w ten sposób do ustroju soli można stosować we wszystkich przypadkach, gdzie chcemy zwiększyć wydzielanie chlorków. Należy wszakże w tych razach przeprowadzić badania próbne, w postaci analizy ilościowej przed wziewaniem i po wziewaniu, ażeby wykluczyć możliwość otrzymania zjawiska odwrotnego, mianowicie zatrzymania się chlorków co, jak widzimy, zdarza się w pewnej odsetce przypadków.

Tak więc ogólne wziewania solankowe zwilżając drogi oddechowe i oczyszczając je od śluzu, jednocześnie mogą działać na cały ustrój i służyć uzupełnieniem kuracji polegającej na piciu słabych roztworów solanki w celu wywołania ogólnego odczynu ze strony całego ustroju, a w szczególności ze strony krwi, śluzówek i gruczołów chłonnych, a więc w stanach niedokrwistości, w obrzmieniu gruczołów, w skazie wysiękowej i t. d.

N. MELLER i B. ZIEMILSKI. Lwów.

Przyczynek do leczenia ostrego gośćcowego zapalenia stawów.

Z Oddziału Wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Docent Dr. W. Czernecki.

Ostre gośćcowe zapalenie stawów przedstawia, jak wiadomo, dość jednolity naogół obraz chorobowy, przynależny patogenetycznie do zespołów zakaźnych, a cechujący się przedewszystkiem przebiegiem gorączkowym oraz bolesnymi obrzękami stawów, zwyczajnie wielu. Często pojawiają się powikłania ze strony serca i innych narządów, cały obraz przedstawia się klinicznie jak ogólne zakażenie. Istotna różnica między „sepsis" a ostrem zapaleniem stawów z powikłaniem sercowem jest niepewna; za sprawą septyczną przemawia ciężkość całego obrazu chorobowego, zmiany na siatkówce, dodatni wynik posiewu wykonanego z krwi i punktatu stawowego (Leschke (1). Jasnem jest, że ani ciężki przebieg, ani zmiany siatkówkowe, wzgl. częściej — ich brak, nie mogą rozstrzygać przy stawianiu rozpoznania, ujemny zaś wynik badania bakterjologicznego przy stanie dzisiejszej metodyki nie może pozwolić na bezwzględne odrzucenie sprawy septycznej; rozumiemy tedy, że m. i. Lenhartz (2) i Beloglowy (2) widzieli ogólne septyczne zakażenia przebiegające pod obrazem ostrego zapalenia stawów. W większości przypadków pozwala ciężkość przebiegu rzeczywiście zróżniczkować sprawę chorobową; przy ostrym gośćcu nie znaleziono nigdy rzeczywistych specyficznych zarazków we krwi ani stawach, podczas gdy cierpliwy obserwator wyhoduje je w końcu w prawie wszystkich przypadkach jako „sepsis" później stwierdzonych sekcyjnie czy w inny sposób pewny. Ostatecznie zgadzają się prawie wszyscy miarodajni badacze ostatnich lat na to, że ostre zapalenie stawów powstaje na tle infekcji drobnoustrojami, najczęściej streptokokami, jako reakcja anafilaktyczna na toksynę bakteryjną (Weintraud (3), Singer (4), Jochmann (4), Lenhartz (4), Bondy (4). Infekcja najczęściej wychodzi z migdałków (Kingston-Fowler (4), St. Germain (4), Pässler (4), Douthwaite (5), Rolleston (6) także z zębów (Allerhand (7)[1]). Ostatnio ogłosił o tej sprawie komunikat Rother (8). Trzeba dodać dla zupełności, że Leschke (9) uważa też i gośćcowe zapalenie wsierdzia za uszkodzenie zastawek jadem drobnoustrojowym a nie za zakażenie bezpośrednią inwazją bakteryjną, to ostatnie przyjmuje przy septycznem zapaleniu wsierdzia.

Leczenie gośćca stawowego nie jest dotąd zadawalające, mimo, że rozporządza nader silnymi lekami, jak salicylem, atofanem, całą proteino- i wakcyno-terapją. W najnowszych czasach kładzie się wielki nacisk na usuwanie ognisk zakaźnych a to przedewszystkiem chorych migdałków i ropni zębnych. Atofan działa w niektórych przypadkach doskonale i szybko, w niektórych zawodzi w zupełności, nie wpływa wcale na tło zakaźne ani nie zapobiega powikłaniom ze strony serca. Proteinoterapja i wakcynoterapja przy ostrym gośćcu stawowym często święcą triumfy, często zawodzą w zupełności, wymagają przedewszystkiem ustroju silnego, któremu wolno narzucić walkę, krótkotrwałą wprawdzie, niemniej powodującą wyraźne pogorszenie i odczyn ogniskowy, co jest najzupełniej niepożądane w wypadkach zajęcia zastawek. Najbardziej znanym i używanym lekiem jest od wielu lat salicyl, przez pewien czas uważany za swoisty. Tak w rzeczywistości nie jest. Okazało się, że i atofan i preparaty przeciwgorączkowe bezsalicylowe działają we wielu wypadkach zupełnie podobnie jak salicyl; chociaż trzeba przyznać, że salicyl działa znacznie częściej niż tamte leki. Salicyl nie działa też zapobiegawczo przeciw wystąpieniu powikłań sercowych ani nie leczy ich. Odnosi się wrażenie, wyrażone już dawniej przez Weintrauda (3), że salicyl działa antyanafilaktycznie na obrzęk stawowy i na gorączkę, nie wpływa jednak zupełnie na podstawę cierpienia to jest na zakażenie, umożliwiając tem nawroty Nie jest też stwierdzonem, czy energiczne leczenie salicylem może uchronić chorego od powikłania sercowego, statystyki niesłychanie liczne pod tym względem nie dają jasnego obrazu. Nie ulega wątpliwości że są wypadki od samego początku leczone całym arsenałem środków dotychczasowych w czasie tego leczenia okazujące nagle objawy świeżego zajęcia wsierdzia czy osierdzia. Usprawiedliwionemi są tedy poszukiwania środków, wywierających wpływ energiczniejszy i pewniejszy. Z powodzi nowszych preparatów i zabiegów zacytuję kilka dla udokumentowania, na jak różnorakie wpadano pomysły. I tak przed 20 mn. w. laty polecił Rittershaus (10) dożylne wstrzykiwania kollargolu, Douthwaite (5), Wilcox (11) i Rol-

[1]) który tam umieszcza cały materjał do r. 1923 odnoszący się do zakażenia ustnego, „sepsis oralis" wychodzącego z zębów.

Leston (6) polecają wakcynoterapię, (z ewent. ogniska ropnego) Kraus (12) naświetlania rentgenem chorych stawów. Starano się też zwiększać dawki salicylu do kilkunastu gramów na dzień i podawać go parenteralnie oraz podawać go w inny sposób. Cytujemy tu tylko pracę Levent'a (13) który wstrzykuje dożylnie 1 — 2 ccm 20% natr. sal. dziennie, „dla lepszego zadziałania na wsierdzie" jak mówi sam. Young i Yousmans (14) dają 6 — 8 razy dziennie 0.8 — 1 gr natrium i amonium jodoxybenzoatum, a więc ciała chemicznego, zbliżonego do salicylu. Wszyscy równocześnie akcentują konieczność usuwania ognisk zakaźnych. Uważaliśmy tedy za usprawiedliwione próby z lekiem dość znanym ale przy leczeniu ostrego zapalenia stawów dotąd nieużywanym t. j. z trypaflawiną, poleconą niedawno przez Lachnera (15). (Odnosimy się dość sceptycznie do wszelkiej polipragmazji, tak częstej dziś, a podsycanej przez fabryki farmaceutyczne, codziennie prawie wypuszczające na rynek „nowe niezawodne środki" będące zwykle tylko odmianą starego leku). Oddział nasz ma materjał do skontrolowania leku przeciwgośćcowego doskonały, rekrutujący się z ludności najuboższej ciężko pracującej, nędznie mieszkającej, źle się odżywiającej i nie pozwalającej sobie na używanie jakiegokolwiek innego środka przeciwreumatycznego jako to kąpieli, masaży, okładów piszczańskich tem mniej wyjazdów klimatycznych. Pacjenci nasi są odnośnie do „psychoterapeutycznego działania" lekarzy szpitalnych raczej negatywnie nastawieni, sądząc, że ci się na nich „dopiero uczą"; niechętnie też przyznają, że jest im lepiej Znanem też jest powszechnie z jaką niechęcią lud nasz przyznaje się do jakiegokolwiek polepszenia w chorobach „reumatycznych". Sądzimy tedy, że wyniki nasze przyznawane przez pacjentów a kontrolowane publicznie przez wszystkich kolegów szpitalnych pozbawione są najzupełniej autystycznego podbarwienia, tak często zamazującego wyniki terapeutyczne. Stosowanie trypaflawiny jest logicznie uzasadnione. Dotychczas używano jej w medycynie wewnętrznej tylko przy stanach septycznych z wynikiem nader skromnym, jednak często wyraźnie zaznaczonym. Tem więcej wolno oczekiwać rezultatu przy lekkiem zakażeniu wzgl. cierpieniu na tle takiego zakażenia powstałem.

Stosowaliśmy trypaflawinę w 20 przypadkach, przebadanych na oddziele dokładnie pod względem klinicznym i obserwowanych aż do wypisania z szpitala według naszego uznania. Chorych. którym wstrzykiwano ten lek na oddziele w ogólności było o kilku więcej, nie wciągnęliśmy jednak do statystyki takich pacjentów, którzy z rozmaitych powodów szpital po kilku dniach pobytu na własne żądanie opuścili. Zdajemy sobie dobrze sprawę, że cyfra 20 jest bardzo mała, ze względu jednak na to, że we wszystkich przypadkach, które były w szpitalu do końca terminu, któryśmy sobie wyznaczyli, to jest do 3 tygodni, otrzymaliśmy bardzo piękny efekt leczniczy, ogłaszamy niniejsze spostrzeżenia, prosząc równocześnie o kontrolne badania.

Wstrzykiwania robiliśmy zasadniczo co drugi dzień w przypadkach cięższych codziennie, podając za każdym razem 10 ccm 1% — 2% roztworu wodnego. Nie widzieliśmy żadnych objawów ubocznych, ani ogólnych ani miejscowych; podnieść trzeba, co zresztą jest powszechnie znane, że przy stosowaniu trypaflawiny potrzebna jest jaknajdokładniejsza technika dożylna. Jako przedmiotowy sprawdzian poprawy wzgl. wyleczenia obserwowaliśmy prócz danych klinicznych jeszcze zachowanie się hemogramu Schillinga i odczynu Biernackiego. Wiemy dziś dokładnie, że przyspieszenie „Biernackiego" wskazuje z całą pewnością na jawne lub utajone ognisko zapalne a powrót do normy lub sama tendencja do powrotu jest pewnym znakiem biologicznego zdrowienia. (Groer'owskiej higjo-genezy). Niedawno o „Biernackim" przy chorobach stawowych ogłosił przekonywującą pracę Kahlmeter (16) w której powyższe dane potwierdził w całej rozciągłości i w tej grupie schorzeń. O hemogramie rozpisywać się nie potrzebuję, ważnem przy wyciąganiu wniosków z niego dokładne uwzględnienie całego stanu chorobowego, gdyż utajona „śpiączka" gruźlicza, dysfunkcja gruczołu tarczykowego i t. d. mogą zmienić obraz hematologiczny. Oba badania razem dały nam objektywną kontrolę naszych spostrzeżeń klinicznych.

Dla łatwiejszego rozpatrzenia wpływu trypaflawiny podzieliliśmy sobie nasz materjał na 4 grupy.

Do pierwszej należą chorzy (4 przypadki), którzy przed przybyciem do szpitala przechodzili długie czasem kilkutygodniowe leczenie. Pobyt w szpitalu trwał przeciętnie 12 dni, a 4 — 6 wstrzykiwań wystarczyło do usunięcia bolów, obrzęków, gorączki, doprowadzenia do normy hemogramu i znacznej poprawy „Biernackiego", czyli t. zw. klinicznego wyleczenia. Drugą grupę stanowią chorzy (5 przypadków) którzy już w pierwszym tygodniu choroby zgłosili się do szpitala bez jakiegokolwiek innego leczenia. Klinicznie sprawa objąwszy kilka stawów, nie okazywała dążności do rozprzestrzenienia się. Czas leczenia tej grupy był nader krótki, najwyżej 6 dni, a 3 wstrzykiwań, czasem po drugiem wstrzyknięciu następowało wyleczenie kliniczne.

Trzecia grupa (4 przypadki) obejmowała chorych przyjętych do szpitala też na początku choroby, u których sprawa rozpocząwszy się w jednym stawie kolejno przechodziła na inne, prawie żadnego stawu w całym ustroju nie oszczędzając. Tutaj trzeba było dłuższego czasu, wstrzykiwania robiliśmy codziennie po każdorazowem wstrzyknięciu objawy ustępowały z jednego stawu, aby następnie pojawić się w innym. Ale najwyżej po 14 — 16 dniach a tyleż wstrzykiwaniach wszystkie stawy były wolne, a chorzy klinicznie wyleczeni.

Ostatnią grupę (7 przypadków) obejmują chorzy, klinicznie podobni do grupy III, u których po 8 — 10 wstrzykiwaniach ustępywały wprawdzie objawy ostre, utrzymywały się jednak stany podgorączkowe, nieznaczna bolesność i patologiczne zmiany we krwi. U tych chorych laryngolog stwierdził chore migdałki i usunął je, poczem wszystkie chorobowe objawy zniknęły w zupełności. Przypadki te niechybnie są poparciem silnem teorji o t. zw. „sepsis oralis".

Trzeba zaznaczyć, że wszystkie przypadki od samego początku były troskliwie badane w kierunku choroby gardła i zębów, gdyż oddział nasz stoi na podstawie swojego ogromnego doświadczenia na stanowisku bezwzględnego usuwania wszystkich możliwych źródeł zakażenia przed każdem innem leczeniem. Czasem nie daje się stwierdzić dokładnie, czy dane migdałki są chore i dopiero przy operacji wylewa się z nich ropa, w naszych 7 przypadkach dopiero powtórne badanie po niezupełnie skutecznem leczeniu trypaflawina wykazało podejrzenie na ropienie migdałkowe i dało tem samem wskazanie do operacji. Przypadki, u których odrazu mogliśmy stwierdzić wyraźne ropienie nie poddawaliśmy leczeniu chemicznemu tylko odrazu usuwaliśmy migdałki. Chorzy nasi częściowo cierpieli już na powikłania sercowe, częściowo od nich byli wolni; ponieważ skompensowana wada zastawek na przebieg zapalenia nie wpływa, myśmy tych przypadków osobno nie odgraniczali, u nas żaden chory nie nabył w czasie pobytu w szpitalu wady takiej ani zapalenia osierdzia i t. d. Nie zwracaliśmy też w statystyce uwagi na to, czy leczone przez nas cierpienie było pierwszym atakiem choroby czy też jednym z nawrotów, gdyż biologicznie nie ma różnicy między temi dwiema fazami.

Prócz trypaflawiny nie poddano chorych żadnym innym zabiegom ani żadnej terapji fizykalnej.

Musimy podnieść dobroczynny wpływ wstrzykiwań na ból który przyznawali chętnie nasi chorzy, zresztą jak mówiliśmy dość sceptyczni. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu podawali znaczne polepszenie. Niektórzy sami upominali się o wstrzyknięcie.

Co się tyczy stanu krwi, to wstrzymujemy się od cytowania dokładnych cyfr w długiej tabeli, gdyż same cyfry są dość jednokierunkowe i dają się doskonale w krótkości przedstawić. Przeciętna cyfra odczynu „Biernackiego", (wykonana według Westergrena) była 80 — 120 mm na godzinę. Przyspieszenie w naszych przypadkach całkowicie do normy nie wróciło, ale spadało przeciętnie do 25 mm — 35 mm na godzinę, czyli bardzo wydatnie. Hemogram przed leczeniem wskazywał zawsze lekką leukocytozę względną neutrofilję ze silnie zaznaczonem przesunięciem wśród neutrofilów, po klinicznem wyleczeniu zawsze przychodziło do silnej limfocytozy i normalnej ilości pałeczkowatych. Dowodzi to tego, że oba odczyny są czułe i jednokierunkowe, że jednak „Biernacki" jest jeszcze bardziej czuły na utajone zakażenia. Badanie według Schillinga wykazało znowu swoje ogromne znaczenie w praktyce.

Uznając doniosłe znaczenie naszych obserwacyj staramy się dostać nazad do kontroli pacjentów, którzy wyszli ze szpitala klinicznie wyleczeni z normalnym „Schilling'em" a patologicznym jeszcze „Biernackim". O zapobieganiu trypaflawiną powikłaniom sercowym dziś mówić nie można. Z pewnością większe jeszcze statystyki, do których nasze wyniki zachęcają, dadzą wyjaśnienie.

Jak działa trypaflawina? Dużo rozprawiano o tem czy działa na drobnoustroje bezpośrednio, czy też na organizm. Według Schlossbergera (16) druga teorja została sprawdzona. Trypawflawina działa na organizm chorego, prawdopodobnie najsilniej na układ siateczkowo-nabłonkowy wzmacniając jego odporność w walce z chorobą.

Pozostaje do rozstrzygnięcia ważne pytanie, czy leczenie trypaflawiną skraca czas leczenia w porównaniu z czasem leczenia innemi metodami jak salicylem, proteinoterapją wreszcie autohemoterapją, którą oddział nasz niedawno temu stosować zaczął.

Przy obfitym materjale naszym mogliśmy się przekonać, że u chorych zwłaszcza przynależnych do grupy III, przy innych metodach leczenia, niekiedy całe tygodnie (4—6) upływały, aż do zupełnego wyleczenia. Również i u chorych grupy II leczenie salicylem trwało 10—12 dni, a więc dłużej, niż leczenie trypaflawiną.

Przy leczeniu endocarditis lenta przekonano się (Leschke (9), że trypaflawina może w rzadkich coprawda wypadkach wywrzeć specyficzny wpływ, a jedyne wyleczenia tej zupełnie zresztą beznadziejnej choroby musi się przypisać temu lekowi. Nasuwa się myśl, by zasadniczo każdy przypadek ostrego zapalenia stawów leczyć wyłącznie trypaflawiną. Sądzimy, że w niedługim czasie będziemy mogli się przyczynić do wyjaśnienia tego zagadnienia.

Piśmiennictwo.

1) Leschke: Kraus-Brugsch. II. T. Sepsis: — 2) Lenhartz, Beloglowy: cyt. w: Leschke'go: — 3) Weintraud: Kraus-Brugsch. II. T. Acuter Gelenksreumatismus: — 4) Bondy, Jochmann, Lenhartz, Kingston-Fowler, St. Germain, Pässler: cyt. w: Leschke'go: — 5) Douthwaite: Brit. med. Journal 27. VII: 1925. — 6) Rolleston: Brit. med. Journal 3. X. 1925. — 7) Allerhand: Polska Dentystyka Nr. 6, 7, 8. 1923. — 8) Rother: Zahnärztliche Rundschau Nr: 20: 1925: cyt: Zentralblatt f. innere Medizin. Nr: 28: 1925: — 9) Leschke: Kraus-Brugsch IV. Tom. Endocarditis. — 10) Rittershaus: Therapie der Gegenwart 1924, str. 305: — 11) Wilcox: Brit. med. Journal 27. VII. 1925. — 12) Kraus: Tow. lek. niem. w Pradze cyt. w Kl. Woch. Nr: 11. 1927. — 13) Levent: Gaz. des Hopitaux 5. I. 1927: — 14) Young i Youmans. Journ. of amer. med. assoc. 4: IX. 1926. — 15) Lachner: Münch. med. Woch. Nr. 30. 1927. 16) Schlossberger. Kraus-Brugsch. XI Tom. Chemotherapie:

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Albin GARBIEŃ, I asystent Państw. Szkoły Położn. Lwów.

Doświadczenia Oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w przypadkach łożyska przodującego (za okres 1912—1927). *

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie. Prymarjusz: Prof. Dr. Adam Sołowij.

W okresie szesnastoletnim (1912—1927) było na Oddziale położniczo-ginekologicznym Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie 101 przypadków łożyska przodującego na 12,059 porodów czasowych i przedwczesnych, t. j. 0,84%, czyli jeden przypadek na 119 porodów. Jest to oczywiście statystyka zakładu położniczego, do którego zostaje zwieziona z dużego obszaru znaczna ilość przypadków nieprawidłowych. Odsetek rzeczywisty występowania łożyska przodującego na ogólną liczbę porodów bywa podawany w dużych statystykach, obejmujących wszystkie porody w zakładach i w domach prywatnych z całych prowincji, na 1:1000 (Zweifel).

Ze 101 przypadków wypada na łożyska całkowicie przodujące 26 przypadków (25,74%), na bocznie przodujące 30 (29,7%), na łożyska brzeżnie przodujące 45 przypadków (44.56%). W 18 przypadkach ciąża dochodziła do VII miesiąca włącznie (17,82%), reszta dotyczyła przypadków powyżej mniej więcej trzydziestego tygodnia ciąży. W 11 przypadkach obserwowano łożysko przodujące u pierwiastek (10,89%), co zbliża się do cyfry podanej przez Pankowa (11,8%).

Położeń główkowych było 71.29%, miednicowych 3,96%, poprzecznych 18,81%, skośnych 5,94%.

W okresie 1912—1927 stosowano w leczeniu łożyska przodującego: przebicie pęcherza 9 razy, w tem 2 razy w położeniu pośladkowem ściągnięto nóżkę, obrót na nóżkę sposobem Braxtona Hicksa 39 razy, metreuryzę w 27 przypadkach, cięcie cesarskie w 11 przypadkach, obrót wewnętrzny 7 razy, wymóżdżenie 2 razy, embrjotomję 2 razy, 1 raz kleszcze, w 2 przypadkach poród przebiegał siłami natury po samoistnem pęknięciu pęcherza, w jednym przypadku samoistne poronienie w 26 tygodniu ciąży.

W okresie tym nie stosowano już dawniej wypróbowanych sposobów, a odrzuconych jako bezwartościowe — do nich należy kolpeuryza, tamponowanie pochwy i rozszerzanie szyji przyrządem Bossiego. W latach wojennych odczuwano dotkliwie brak gumowych metreurynterów, z konieczności więc musiano w tym czasie stosować przeważnie obrót sposobem Braxtona Hicksa.

Ogólna śmiertelność matek wynosi 7,92% (8 przypadków). Pankow podaje cyfrę 6,9% dla kliniki, a 19—20% w praktyce prywatnej. W 8 naszych straconych przypadkach było przyczyną śmierci skrwawienie (chore zbyt późno dostawione do zakładu, we wszystkich tych przypadkach bez tętna), 1 raz zakażenie (bacteriaemia) w przypadku nieczystym, w którym wykonano obrót sposobem Braxtona Hicksa.

5 przypadków śmierci było w przypadkach łożyska całkowicie przodującego, 2 w przypadkach bocznie przodującego, 1 w przypadku brzeżnie przodującego łożyska, t. j.

śmiertelność na 26 przypadków całkowicie przodującego łożyska wynosi 19,23%,

śmiertelność na 30 przypadków bocznie przodującego łożyska wynosi 6,7%,

śmiertelność na 45 przypadków brzeżnie przodującego łożyska wynosi 2,2%.

Ogólna śmiertelność noworodków wynosi 60,4%.

Śmiertelność po obrocie sposobem Braxtona Hicksa (39 przypadków) wynosi dla matek 7,69% (Pankow 6,94%), dla noworodków 74,38% (Pankow 75,7%, Zweifel 79,3%, Jeleniewska 93%).

Śmiertelność po obrocie wewnętrznym (7 przypadków) wynosi dla matek 28,57%, dla noworodków 85,71% (5 przypadków).

Śmiertelność po metreuryzie wynosi na 27 przypadków dla matek 0%, dla noworodków 51,85% (Pankow 45,4%, Zweifel 34.5%), a po odliczeniu 4 przypadków, w których nie można przypisać metreuryzie śmierć noworodków, gdyż w jednym przypadku był płód zmacerowany, w jednym przypadku wykonano wymóżdżenie z powodu znacznego niestosunku porodowego, w 2 przypadkach kleszcze wysokie — odsetek ów po metreuryzie wyniesie 37,03% (10 przypadków).

Po cięciu cesarskiem (11 przypadków) zmarły 2 matki, dostawione obydwie w stanie znacznego skrwawienia. W obu tych przypadkach każdy sposób postępowania był już a priori skazany na niepowodzenie, przypadki te zatem nie mogą obciążać statystyki cięcia cesarskiego. W jednym z tych przypadków wykonano cięcie cesarskie pomimo, iż płód obumarł — cięcie cesarskie bowiem jedynym było zabiegiem, który pozwolił szybko opanować krwotok.

Lepsze wyniki po metreuryzie, aniżeli po obrocie sposobem Braxtona Hicksa są uderzające. Śmiertelność noworodków po metreuryzie jest prawie o połowę mniejsza — jest to zrozumiałe, gdyż metreurynter zastępuje działanie pęcherza płodowego, oszczędzając płód, który po obrocie sposobem Braxtona Hicksa nie mając osłaniającego go pęcherza, musi czynnie rozwierać szyję, przez co grozi mu szereg niebezpieczeństw.

Ważny jest sposób przygotowania metreuryntera — ustaliło się u nas następujące postępowanie: z chwilą awizowania krwotoku w ostatnich miesiącach ciąży, wkłada się metreurynter do sublimatu, po skontrolowaniu jego szczelności i pojemności. W razie stwierdzenia łożyska przodującego i zdecydowania się na metreuryzę, wrzuca się metreurynter ze sublimatu do sterylizatora pod parą, gdzie gotuje się przez 5 minut. W tym czasie przygotowuje się chorą do zabiegu. Tylko intraowularnie zakładamy metreurynter gumowy — jest to logiczne postępowanie. Extraowularnie założony metreurynter może być przyczyną odklejenia się łożyska na większej jeszcze przestrzeni, a w efekcie przypomina zarzuconą już kolpeuryzę.

Nie obserwowaliśmy ani jednego przypadku zatoru powietrznego ani w czasie stosowania, ani po urodzeniu się balonu. Obawy te podnosił ongiś Hofmeier. Nie widzieliśmy również przeciwskazania do metreuryzy w przypadkach silnego skrwawienia (według Zweifla utrata krwi po metreuryzie jest większa, niż po Braxtonie Hicksie), gdyż w tych przypadkach pilnowano uważnie urodzenia się balonu, tak że bezpośrednio po tem wykonany być musiał zabieg następny (obrót, kleszcze). Nie widzieliśmy również ani jednego przypadku zmiany położenia płodu, spowodowanej przez metreurynter. Gdyby nawet położenie płodu uległo zmianie, byłoby to dla nas obojętne i bez znaczenia, gdyż po urodzeniu balonu wykonujemy przeważnie obrót i wydobycie płodu. Dokładna aseptyka w przygotowaniu balonu zmniejsza śmiertelność z powodu zakażenia, które wysuwano jako poważny zarzut metreuryzie. W naszych przypadkach nie straciliśmy ani jednej matki.

W przypadkach zakażonych kierujemy się zasadą, że raczej winno się poświęcić płód, aby ratować życie matki. W tych przypadkach unikamy wszelkiego obrażenia kanału rodnego, by nie powiększać wrot zakażenia. Są to przypadki te, w których wykonano wymóżdżenie i rozkawałkowanie płodu, jakoteż wymóżdżenie na następowej główce. W przypadkach takich niechętnie my-

---

*) Wygłoszone na II Zjeździe Ginekologów Polskich w Poznaniu 27—29. V. 1928.

ślimy o cięciu cesarskiem. Z kategorji takich zakażonych przypadków straciliśmy jedną matkę po obrocie sposobem Braxtona Hicksa (bacteriaemia).

Streszczając wyniki wieloletniego doświadczenia, określamy postępowanie nasze w przypadkach „czystych" łożyska przodującego w następujący sposób:

W przypadkach łożyska przodującego poniżej 30 tygodni i w przypadkach powyżej 30 tygodni ciąży, jeżeli płód obumarł, wykonujemy zasadniczo obrót sposobem Braxtona Hicksa. Jeśli ujście nie jest rozwarte na 2 palce, rozszerzamy szyję rozszerzadłem Hegara do Nr. XVIII, poczem wykonujemy obrót sposobem Braxtona Hicksa.

W przypadkach łożyska przodującego powyżej 30 tygodni, jeśli płód żyje, postępujemy w następujący sposób, zależnie od rodzaju łożyska przodującego:

w przypadkach łożyska całkowicie przodującego — cięcie cesarskie,

w przypadkach łożyska bocznie przodującego — metreuryza, względnie cięcie cesarskie,

w przypadkach łożyska brzeżnie przodującego:

a) *w położeniach główkowych i pośladkowych,* w razie istniejącej czynności porodowej, — przebicie pęcherza płodowego, ewentualnie metreuryza, jeśli krwawienie utrzymuje się nadal. W razie braku czynności porodowej — metreuryza,

b) *w położeniach skośnych i poprzecznych* — metreuryza, po urodzeniu się balonu obrót i wydobycie płodu.

Samo stwierdzenie łożyska przodującego nie jest jeszcze wskazaniem do zabiegu — nakazuje jedynie ostrożność w najwyższym stopniu i bezwarunkowe zatrzymanie ciężarnej w zakładzie pod bardzo ścisłą obserwacją. Wskazaniem do zabiegu są dopiero objawy towarzyszące łożysku przodującemu, a więc: u ciężarnych powtarzające się krwawienia w miarę rozciągania dolnego odcinka macicy w ostatnich miesiącach ciąży. Krwawienia te mogą doprowadzić do ogólnej anemji — moment operacji wskaże ogólny stan ciężarnej. Z jednej strony nie dopuszczamy do znacznej utraty krwi, z drugiej zaś strony staramy się doprowadzić ciążę jak najbliżej jej końca, by płód mógł mieć tem lepsze szanse życia. Silny krwotok, jaki spotyka się najczęściej z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowej, jest zawsze wskazaniem do natychmiastowego zabiegu — w przypadkach bowiem łożyska przodującego „zawsze trudno określić, która kropla krwi była za dużo stracona" (Chrobak).

Piśmiennictwo.

1) Bajoński: Przodujące łożysko, Nowiny Lek. 1925. Nr. 18. — 2) Ballhorn: Zur Placenta praevia Therapie, Zbl. f. Gyn. 1925, str. 1685: — 3) Bocheński: O postępowaniu leczniczem przy łożysku przodującem, Pol. Gaz. Lek. 1922. — 4) Czyżewicz: Wytyczne do postępowania przy łożysku przodującem, Gin. Pol. 1923, T: III, s: 145: — 5) Gromadzki: Krytyczny rzut oka na cięcie cesarskie, Gin: Pol: 1927, T. IV, s. 5. — 6) Jeleniewska i Waszkiewicz: Łożysko przodujące na podstawie materjału Szpitala św. Jakóba w Wilnie (1920—1925). Gin. Pol. 1926, T. V, s: 496: — 7) Liebe: Unsere Behandlung d. Placenta praevia, Monatsschr. f. Geb. 1924, B. 65, s: 279: — 8) Pankow: Die Placenta praevia, in Halban Seitz Biologie u. Path. des Weibes, Bd. VIII/1, s. 1: — 9) Popiel: O postępowaniu przy łożysku przodującem, Gin: Pol: 1923, T. II. s. 145. — 10) Schonholz: Zur Therapie d. Plac. praevia, Monatsschr. 1924, Bd. 66, s: 112: — 11) Sołowij: O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego brzusznego, Gin. Pol. 1925, T. IV, s. 541: — 12) Surkont: Przypadek całkowitego przodowania łożyska, Gin: Pol: 1927, T: VI, s. 969. — 13) Zweifel: Placenta praevia im Hdbch. v. Doderlein. Bd: II, s: 565:

———

OCENY.

Kirschner—Nordmann: *Chirurgja mięśni, ścięgien i powięzi.* Z 108 rycinami w tekście i 16 kolorowemi tablicami. Urban i Schwarzenberg. 1928.

Zeszyt opracowany przez W. Müllera z Marburga omawia chirurgję mięśni powięzi i ścięgien w poszczególnych działach. Każdy dział zaczyna się krótkim rysem anatomji, fizjologji prawidłowej i patologicznej poszczególnych tkanek a następnie omawia sprawy odnowy, zwyrodnienia, zapalne, pasożytnicze, nowotworowe i urazowe. Wstępy teoretyczne nie zawsze o wyraźnem znaczeniu praktycznem dają jednak doskonałe przygotowywanie do dalej przeprowadzonych wniosków chirurgicznych. Niektóre rozdziały jasno i przejrzyście napisane ujmują całość doskonale, w innych jednak najnowsze zdobycze wiedzy są niewystarczająco uwzględnione, gdyż autor prawie zupełnie nie opiera się i nie uwzględnia piśmiennictwa obcego z dużą szkodą dla książki. Przy omawianiu t. zw. porażenia ischemicznego Volkmanna z dużym optymizmem omawia wyniki skrócenia obu kości przedramienia, a nie wspomina zupełnie o prostszym sposobie przesunięcia ku obwodowi wspólnego przyczepu wszystkich zginaczy.

Najstaranniej opracowany jest dział o przedłużaniach i przeszczepianiach ścięgien, przyczem podobnie jak w rozdziałach innych przytacza wyłącznie autorów niemieckich. Brak również rzeczy przy tego rodzaju rozdziale bardzo ważnej t. j. krytycznej oceny wartości poszczególnych sposobów przeszczepiania w odniesieniu do poszczególnych schorzeń i poszczególnych okolic ciała. Rysunki natomiast w tym dziale są bardzo przejrzyste i wysoce artystycznie wykonane.

Rozdział ostatni omawia zakres zastosowania wolnych płatów powięzi. Całość jest zeszytem bardzo przejrzystym i bardzo wartościowym.

Gruca (Lwów).

———

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny psychjatryczne, rok V, kwart. I—II z r. 1928: Od redakcji (Regulamin wydawnictwa „Nowin psychjatrycznych)". — K. Sagin: Kilka uwag u publikacji Vizioli'ego o objawie Piotrowskiego i odruchu z kostki zewnętrznej. — W. Januszewski: Wpływ gruczołów endokrynnych na system nerwowy. — A. Wirszubski. Zarys wakcynoterapji w neurologji i psychjatrji. — A. Piotrowski: Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym. — Al. Piotrowski: Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorych w szpitalu. W. Łuniewski: Wrażenia psychjatryczne z wycieczki do Holandji.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, nr. 3, z 15 maja 1928: St. Lewicki: Leczenie chorób kobiecych w Krynicy. — Referaty z prac fizjoterapeutycznych. — Sprawozdania i korespondencje.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, zesz. 10 z 15 maja 1928: Gantkowski: Na Zjazd lekarzy słowiańskich w Pradze. — J. Celarek: Produkcja surowic i szczepionek w Państwowym Zakładzie higjeny w czasie 1926—1927. — Z życia organizacyj lekarskich. — Izby lekarskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 13, z 17 maja 1928: A. Fryszman: Leczenie fizykalne guzów pęcherza (do.). P. Demant: Dalsze badania nad zachowaniem się cukru we krwi po blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego. — B. Wejnert: Foetor ex ore. — A. Zawadzki Promienica wątroby i pęcherzyka żółciowego (streszcz. zbior.). — A. Landau i J. Glass: Kilka uwag o stosowaniu merkuromu. — Z. Srebrny: Duże czy małe oddziały szpitalne? — F. Przesmycki: Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie (dok.). W. Knappe: Rola lekarza-praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych. — L. Jelcukiewicz: Ś. p. Dr. Władysław Janowski.

Medycyna, rok II, nr. 19—20, z 19 maja 1928: E. Wajs: Dr. Kazimierz Zieliński. — E. Wajs: Szpital Przemienienia Pańskiego na Pradze. — A. Gluziński: Białaczka (leukaemia) a kiła (syphilis). — Z. Grudziński: Pierwotny zespół gruźlicy w świetle badania rentgenologicznego. — H. Higier: Stanowisko myotonji zwykłej czyli choroby Thomsena i myotonji dystroficznej czyli choroby Steinerta do myokymji i tężyczki. — Z. Frank i H. Waserman: O znaczeniu dodatkowych szmerów oddechowych w rozpoznawaniu obrazu anatomo-klinicznego gruźlicy płucnej. — B. Dąbrowski: Zachowawczy sposób leczenia ropnych zapaleń opłucnej. — M. Okoński: Przyczynki do leczenia aurosanem chorych na gruźlicę płuc. — L. Poncz: Przypadek podrażnienia wielonerwowego pochodzenia ciążowego. — Wł. Kosiński: Przypadek zespołu objawów Adams-Stockes'a u kobiety 24-letniej. — C. Jaworski: O leczeniu duru plamistego surowicą końską otrzymaną drogą szczepień X_{19}. — Roch Domorad Weyno: Przyczynek do badań porównawczych wydzielania się kwasu solnego w żołądku przy podawaniu alkoholu i śniadania Ewald-Boasa. — L. Korzeniowski: O wartości leczniczej glukozy w zapaleniach płuc. — S. Łysakowski: Współczesny stan organoterapji hormonalnej. — A. Leśniowski: Kilka słów w sprawie kamicy przewodu żółciowego wspólnego. — H. Gromadzki: Z kazuistyki skrętów jajowodów. — B. Karbowski:

Rengenografja kości skroniowej i znaczenie tejże dla kliniki ropnych spraw wyrostka sutkowego. — K. Dębicki: Przypadek urazowego tętniaka tętniczo-żylnego tętnicy udowej. — F. Niewiadomski: Z dziedziny chirurgji dróg żółciowych. — J. Pomper: Leczenie przepukliny postaciowej u małych dzieci. — J. Golakowski: Przypadek wgłobienia krętniczo-kątniczego spowodowany wynicowanym uchyłkiem Meckel'a. — E. Witkowski: Z kazuistyki chirurgji śledziony.

Nowiny lekarskie, rok XL, zesz. 10, z 15 maja 1928: P. Smolaga: O technice opróżniania macicy z resztek jaja płodowego. J. Czyżak: Dwa przypadki wieloogniskowych nowotworów pierwotnych. — T. Czołowski i A. Ławrynowicz: Wartość praktyczna odczynów serologicznych kiłowych u położnic, łącznie ze sprawą wykorzystania ich do celów organizacji walki z kiłą wrodzoną. — Andrzej Ciechomski: Kilka uwag w sprawie nauczania i pracy lekarskiej u nas.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 14, z 24 maja 1928: L. Prussak: O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego. St. Kramsztyk: O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem. — J. Tencer: O współczesnych sposobach leczenia nieżytu cuchnącego nosa (streszczenie zbiorowe). J. Pomper: O stosowaniu Granugenolu w chirurgji. — M. Kacprzak: Choroby zakaźne w Polsce w r. 1927. — Wł. Sterling: Józefa Joteyko (wspomnienie pośmiertne).

Dziecko i matka, rok III, nr. 10 z r. 1928: F. Kruszewska: Rikki-Tikki. — J. Łada: Widowiska dziecięce. — W. Borudzka: Problemat pracy i zabawy w życiu dziecka. — Z. Prażmowska: Ogródki dziecięce. — M. Miłobędzka: Dziecko wsi a dziecko miasta. — St. Kramsztyk: Rabarbarum. — W. Piotrowska: Jak ustrzec dziecko od gruźlicy. — T. Cybulski: Zdrojowisko Rabka a dzieci.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 5, z r. 1928: S. Kwaśniewski: Kilka słów o zmianach w jamie ustnej w białaczkach. W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza-praktyka. — A. Klęsk: Leczenie organicznemi preparatami fosforu.

Polski przegląd radjologiczny, tom III, zeszyt 1 i 2, z r. 1928: H. Adelfang: Problematy naświetlań nowotworów złośliwych w związku z najnowszemi badaniami nad ich etjologją i nad biologją promieni Roentgena. — S. Rubinrot: O postępowaniu rentgenologa w przypadkach ciał obcych w przewodzie pokarmowym. — H. Garewicz: W sprawie techniki prześwietlań i zdjęć szczytów płuc. — B. Grynkraut: Prześwietlanie szczytów płuc w wymiarach skośnych. — W. Cybulski: O leczeniu spraw zapalnych ozębnej przy zastosowaniu promieni Roentgena. — Z. Grudziński: O warunkach rozwoju radjologji lekarskiej w Polsce i jej nauczaniu na wydziałach lekarskich. T. Krzywan: W sprawie celownika ortodiagraficznego. — E. Głowacki: Odpowiedź inż. T. Skrzywanowi. — T. Skrzywan: O zastosowaniu kenotronów. — A. Czajkowski: Przemysł obcy a pierwociny wytwórczości rentgenologicznej polskiej.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 5, za maj 1928: Wł. Czernecki: Teoretyczne rozważania na temat: Podwójna korona jako uchwyt (zaczepka) częściowych dostawek ruchomych. — J. Gombiński: O szkliwiakach szczęki górnej. — A. Straszyński: Sposób wykonywania odlewów woskowych. — Dział streszczeń.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 5, z r. 1928: W. Dominik: Przyczynki do studjów nad katalizatorami reakcji $CO + H_2O \rightarrow CO_2 + H_2$. — S. Gąsiorowski i S. Pilat: Badania nad t. zw. linją smołową olejów. — T. Rabek: O działaniu szybkozmiennego pola elektrycznego (cichych wyładowań elektrycznych) na oleje mineralne i roślinne. — E. Trepka: Oznaczenie trwałości wyfarbowań na wpływ światła. — W. Jastrzębski: Nowe zdobycze chemiczne w Niemczech. — Wł. Diamand: Pierwsze próby samodzielnego rozwiązania całości polskiej sprawy naftowej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 3. 1928. Zagreb.

Prof. Dr. A. Blašković: *Rozwój filo- i ontogenetyczny narządu moczowego.*

J. Robida: *Schizofreniczne osłabienie umysłu a odpowiedzialność karna.*

Prof. Łapiński: *Odpowiedź.*

Dr. B. Banjanin: *Otitis et mastoiditis wywołana przez streptococcus mucosus.* Sprawozdanie z kliniki otolaryngolog. w Zagrzebiu, gdzie w ciągu 2 lat, 8 miesięcy obserwowano 54 przypadków tego zakażenia.

Dr. I. Glavan: *Operowany guz rdzenia.*

Dr. M. Schlessinger: *O wywiadach epidemjologicznych.*

Sprawozdania. — Zapiski lecznicze. — Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleski Glasnik: Dr. Perićić: Słownictwo lekarskie. — Prof. Łapiński: Wspomnienie pośmiertne o Bechtierewie. — Konferencja jugosławiańskich venerologów o prostytucji. Zjazdy. — Posiedzenia. — Kronika.

Nr. 4. 1928. Zagreb.

Dr. S. Hofman: *O możliwości rozpoznawania kontrastowego w schorzeniach wątroby.*

Dr. J. Glaser: *Kantonalny inspektorat prywatnej opieki nad obłąkanymi w Zurichu.*

Dr. G. Farago i Dr. L. Stein: *Morbus Basedowi syphiliticus.* Poprawa po leczeniu swoistem.

Dr. F. Kolterer: *Ulcus ventriculi (duodeni) i leczenie fizykalne.*

Dr. R. Lopasić: *Leczenie wyprysku w wieku przekwitania.*

Dr. J. Szaboky: *Wskazania i działanie naturalnych środków leczniczych w Gleichenbergu.*

Dr. Gj. Vranesić: *Współczesna neurochirurgia,* referat poglądowy.

Dr. Zanela: *Z wycieczki gynekologa.*

Sprawozdania. — Oceny.

Dodatek: Staleski Glasnik: Medycyno społeczna. — Sprawy zawodowe. — Zjazdy. — Posiedzenia. — Kronika.

Medicinski Pregled.

R. II. Nr. 12. Kwiecień 1928. Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia.

Dj. Vranesić: *Zagadnienie epilepsji.*

S. Kostić-Joksić: *Morbus maculosus haemorrhagicus Werlhofi.*

S. Dedić: *Radjologja przewlekłej apendicitis.*

D. Antić: *Przykłady różniczkowego rozpoznawania.*

L. Stanojević: *Teorja i praktyka oceny sprawności nerek.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Leszczyński.

Piśmiennictwo niemieckie.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 64.

J. Tillgren i T. Uyven: *Gruźlica a zapalenie kłębuszkowe* Cai Holten w statystyce z r. 1924 podaje 0,5% przypadków zapalenia nerek kłębuszkowego wśród 2800 chorych z gruźlicą płuc. Różne statystyki podają ten sam odsetek. Odsetek innych postaci chorób nerkowych podczas gruźlicy płuc jest o wiele wyższy.

W materjale zestawionym przez Kieffera wśród 850 gruźlików liczymy 15 nerczyc (1,77%); na 135 sekcjach stwierdzono 35 razy makroskopowo gruźlicę nerek.

O związku przyczynowym między gruźlicą a zapaleniem nerek kłębuszkowem nic pewnego nie wiemy.

Vollhard w etjologji „chorób nerkowych krwiopochodnych" wymienia również gruźlicę. Cai Holten liczy się z trzema czynnikami, mianowicie: z laseczkami Kocha, z ich toksynami i z zarazkami zakażenia wtórnego. Kieffer podaje, że we wszystkich przypadkach stwierdził zakażenia wtórne.

Szukając związku tych dwu schorzeń znajdujemy: gruźlica płuc przebiega z nizkiem, zapalenie nerek kłębuszkowe — z wysokiem ciśnieniem krwi. W żadnym z 12 przypadków Kieffera nie było ciśnienia wyższego nad 150 mm rtęci. W swoich przypadkach mieli autorzy ciśnienie o wiele wyższe.

Cai Holten widział mocznik tylko w 1 przypadku. Tobiesson również. Zdaniem Kieffera toksyny laseczników Kocha, obniżające ciśnienie krwi, powodują, że stan spastyczny naczyń nerkowych znika, że z tego powodu nie ma ani rzucawki ani retinitis albuminurica.

Wszystkie 4 przypadki autorów zmarły na mocznicę; były to przypadki czynnej gruźlicy płuc.

Autorzy przychodzą do następujących wniosków: W opisanych 4 przypadkach o przebiegu śmiertelnym dominowało zapalenie nerek. Gruźlica nie może zwalczyć nadmiernego parcia krwi chorych nerkowych.

Kirchner: *O pojęciu infekcji mieszanej.* Określenia pojęcia zakażenia mieszanego przez Briegera i Ehrlicha w r. 1882 nie pozwoliły odróżnić pojęcia zakażenia mieszanego od kombinacji gruźlicy płuc z każdą inną chorobą zakaźną.

Schröder i Mennes określili to w sposób następujący: gruźlik dotknięty jest zakażeniem mieszanem, jeśli wykazać można, że obok grzybka gruźliczego jeden lub więcej mikrobów wikła przewlekły przebieg choroby i bierze udział w zespole objawów.

Najpewniej wykazać można florę mieszaną przez wyhodowanie mikrobów z plwocin i przez bakterjologiczne i serologiczne badanie krwi.

W porównaniu ze sprawozdaniami innych zakładów — próby autowakcynacji autora dały obok pojedyńczych wyników pomyślnych — niejeden zawód. Być może, iż po udoskonaleniu metody ftizjolog będzie miał jednak możność za pomocą autowakcynacji zmniejszenia zakażenia mieszanego, by potem przy pomocy tuberkuliny wpłynąć dodatnio na sprawę gruźliczą. Konieczne jest jednak ścisłe rozpoznanie.

Przy wielorakiej florze bakteryj chorobotwórczych zarówno rozpoznanie, jak i leczenie będzie bardzo zawikłane i mało obiecujące. Najczęściej spotyka się, jak to uczył Brieger, zespolenie gruźlicy z zjadliwemi streptokokkami. Te ostatnie nie nadają się jednak do autowakcynacji — są one bowiem złymi twórcami autowakcyn.

Natomiast autor otrzymał pewne wyniki, wskazujące na nowe drogi przy leczeniu gruźlicy jelit.

Po bliższem wypróbowaniu autor wróci do omówienia tej terapji.

Sukiennikow, Juffa i Priss: O zejściu *otwartej gruźlicy.* Od roku 1912 do 1916 zarejestrowano w Przychodni Odeskiej 210 dzieci w wieku do lat 15 z otwartą gruźlicą. W roku 1925 wymienieni autorzy mogli otrzymać wiadomość tylko o 75 chorych. Z nich 34 zmarło, 41 żyje. Tylko u dwóch stwierdzono obecność laseczników; naogół u 7-u poprawa, u 19-u bez zmian, u 10 pogorszenie stanu zdrowia. Wszyscy przebyli okres ciężkiego głodu lub dur, niektórzy jedno i drugie; leczyła się tylko 1/5 część. Połowa z wymienionych spełnia obecnie ciężką pracę.

Na podstawie tych danych autorzy przychodzą do wniosków:

1) nie należy stawiać bezwzględnie złego rokowania na podstawie obecności laseczników w plwocinach dzieci;

2) wydzielaczy laseczników w wieku dziecięcym musi być więcej, niż się zazwyczaj udaje ustalić; zalecają wobec tego energiczniejsze badanie plwociny podejrzanych, celem eliminowania źródła zarażenia.

H. Langer: *Schorzenia gruźlicze w pierwszych miesiacach życia.* Jest rzeczą uznaną, iż zakażenie gruźlicze niemowląt nie prowadzi koniecznie do zejścia śmiertelnego. Wobec tego, iż wśród schorzeń gruźliczych pierwszego półrocza, obserwowanych przez Langera, była prawie równa ilość schorzeń śmiertelnych, jak i nie śmiertelnych, i biorąc pod uwagę, iż z przypadków z poprawą część nie zjawia się do ponownego badania, można z pewnym optymizmem patrzeć na schorzenia gruźlicze nawet pierwszego półrocza życia.

Rozbieżność zdań co do uleczalności wczesnej gruźlicy pomiędzy klinicystą a patologo-anatomem polega na braku obecności ognisk zwapnienia przy zmianach gruźliczych w płucach i gruczołach w 1 — 2 roku. Przyczyną tego według Langera jest stosunkowo późno, bo dopiero w 4-ym roku występujące zwapnienie wczesnych zmian.

Wszystkie przypadki gruźlicy niemowląt uleczonej, były po stwierdzeniu choroby od źródła zarazy odosobnione, co dostatecznie ujawnia, jak ważną rolę w postępie choroby u niemowlęcia odgrywa superinfekcja.

Zdanie swoje opiera Langer na 17-tu przypadkach z zakażeniem w ciągu pierwszego półrocza i spostrzeganych w ciągu $2^1/_2$ do 13 lat.

Obraz kliniczny jest dość jednolity: kaszel, często o typie spastycznym i podniesienie ciepłoty: odczyn tuberkulinowy może być ujemny, gdyż może wystąpić dopiero później, wobec czego musi być powtarzany; badanie roentgenowskie również musi być z tej samej przyczyny powtarzane.

Schlack: *O częstości objawów ogólnych przy gruźlicy u dzieci.* By ustalić, czy wolno na podstawie objawów ogólnych: ciepłoty, wagi i t. p. sądzić o uczynnieniu sprawy gruźliczej, zbadał autor 69 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Połowa z nich zachorowała nagle, nie zdradzając poprzednio żadnych wogóle niedomagań, nawet w tych przypadkach, gdzie w klinice już roentgenologicznie znaleziono w płucach lub gruczołach duże ogniska.

Druga połowa przedstawiała 3 grupy. W pierwszej grupie ($^1/_5$ ogólnej ilości) schorzenie gruźlicze było ustalone poprzednio: gruźlica jelit, otrzewnej; gruźlica gruczołów wnękowych i płuc rozległa.

W drugiej grupie ($^1/_5$ ogólnej ilości) schorzenie opon poprzedzone było przez objawy ogólne: we wszystkich przypadkach gorączka; w części tylko kaszel i rzadko spadek wagi.

W trzeciej grupie, $^1/_{10}$ ogólnej ilości): zmiany ogólne nie zależały od sprawy gruźliczej (tężyczka, krzywica, skaza wysiękowa).

Wobec powyższego mniej niż 25% zmarłych na zapalenie opon mózgowych miało objawy ogólne, które pozwalały sądzić o czynności sprawy gruźliczej, do tych objawów należą: trwałe podniesienie ciepłoty ponad 38°, kaszel (szczególnie dźwięczny); zmiany fizyczne i psychiczne.

Redeker i Simon podają, iż dzieci o typie limfatycznym i neurolabilnym i w sprawach niegruźliczych chronicznych dają te same objawy ogólne.

Wnioskiem z powyższego jest, iż nie można wykluczyć gruźlicy u dziecka nawet przy najlepszym stanie ogólnym, jak znów nie można również na podstawie dodatniego odczynu tuberkulinowego przyjmować u pacjenta gruźlicę czynną.

M. Dugge: *Ciśnienie krwi poadrelinowe i poziom wapnia w surowicy w miejscowościach górzystych.* Doświadczenie o skuteczności leczenia klimatycznego gruźlicy w górach wymagało potwierdzenia objektywnego w postaci spostrzeżeń klinicznych i badań laboratoryjnych. Autor przytacza dane z piśmiennictwa, świadczące jakoby o przeciwstawieniu działania gruźlicy i klimatu wysokogórskiego. W górach stwierdza się podniesienie parcia krwi, przesunięcie PH we krwi w stronę kwaśną, wzmożenie napięcia układu współczulnego wskutek braku tlenu, niekiedy skłonność do „zatrzymania azotu" wzgl. prawdziwego nowotworzenia własnego białka. Przy gruźlicy spostrzegamy skłonność do niskiego ciśnienia krwi, przesunięcie odczynu krwi w stronę zasadową, słabość układu współczulnego, wzmożony rozpad białka. Opierając się na tych danych wykonano u całego szeregu chorych zakładowych podczas $3^1/_2$ miesięcznego ich pobytu w sanatorjum próbę adrenalinową i określenie zawartości wapnia we krwi. Po adrenalinie (0,5 roztworu podskórnie, badanie co 5 minut) u pewnej ilości chorych nie stwierdzono podniesienia ciśnienia, natomiast inne bodźce, jak psychicze, wyraźnie wzmagały ciśnienie i zwiększały liczbę tętna. Ogólna sympatikotonja wzgl. wagotonja okazały się zjawiskami niezmiernie rzadkiemi. Związku stałego między absolutną zawartością wapnia we krwi i odczynem poadrenalinowym nie stwierdzono. U chorych z niskim poziomem wapnia we krwi po przybyciu do miejscowości górzystej ilość wapnia się wzmagała. Zdaniem autora, nie ma zależności między wzmożeniem ilości wapnia we krwi a postacią gruźlicy płuc.

W. Schippenkötter: *Próby allergji w okresie trzecim gruźlicy chorych zakładowych.* Badania wykonane zostały dla celów orjentacji w sprawie bardzo zawiłych zagadnień imuno-biologicznych w przebiegu gruźlicy.

Podawana była tuberkulina w rozcieńczeniu, sposobem doskórnym dla łatwiejszego dawkowania. Wyniki badań są następujące:

1) Nasilenie odczynu tuberkulinowego zasadniczo się nie zmienia u chorych na gruźlicę w okresie trzecim podczas pobytu ich w zakładzie, (do 14 mies). Na przebieg odczynu nie wpływa, czy sprawa gruźlicza jest stationaris, czy progrediens, czy następuje powolna lub szybka poprawa, lub wreszcie, czy dotyczy osobnika zupełnie zdrowego.

2) Miejscowa wrażliwość na tuberkulinę jest wyrazem zdolności tworzenia tkanki gruźliczej, czyli zdolności obronnej ustroju nie jest natomiast dowodem samej obrony.

3) Niepodobna z nasilenia samego odczynu wyciągać wniosków o nasileniu i potędze atakującego zarazka.

4) Przy gruźlicy nieczynnej słabnie wrażliwość miejscowa na tuberkulinę, może powrócić jednak do dawnego poziomu pod wpływem bodźców nieswoistych.

5) Choroby uboczne osłabiają wrażliwość na tuberkulinę. Powraca ona do dawnego poziomu po przebyciu choroby.

6) W pierwszych miesiącach roku i na wiosnę daje się zauważyć ogólne zmniejszenie zdolności obronnej ustroju i mniejsza wrażliwość na tuberkulinę. Przyczynę tego zjawiska niektórzy autorzy widzą w mniejszej zawartości witamin w potrawach zimowych. Inni, jak Moro, wierzą w zmianę odczynu układu wegetatywnego zależnie od pory roku.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

Posiedzenie z dnia 28 kwietnia 1928 r.

Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski.

Obecnych: 17.

Prof. Skubiszewski poświęca kilka słów pamięci ś. p. prof. Browiczowi.

Dr. Czyżak wygłasza odczyt p. t. *„Endometriosis a torbiele krwiotoczne“*. Po krótkiem omówieniu istniejących teoryj o endometriosis przedstawia prelegent dwie torbiele z zawartością krwawą względnie smołową, umiejscowione w dolnym odcinku wargi większej.

Pierwsza torbiel jest wysłana wielorzędowym nabłonkiem wałeczkowym, miejscami wyraźnie migawkowym. Pod nabłonkiem widoczny jest pas tkanki cytogennej, miejscami jakby nadziany krwinkami czerwonemi. Tak w niej jak i w pasie nabłonkowym widać pojedyńcze wędrowne komórki barwikowe z jądrem ułożonem mimośrodkowo. W opisanych warstwach stwierdza się ułożone grupami gruczoły śluzowe, wpadające do „gruczołów“ większych, wysłanych dwurzędowym nabłonkiem wałeczkowym, otoczonych również tkanką cytogenną. Zawierają one liczne krwinki w świetle. Skrawki serjowe wykazują, że są to przewody odprowadzające gruczołów śluzowych. torbiel zaś jest głównym przewodem odprowadzającym. Umiejscowienie owych zmian oraz obrazy mikroskopowe pozwalają na rozpoznanie gruczołu Bartholina. Cały proces wykazuje wszelkie cechy t. zw. endometriosis. Jednak tylko część torbieli pozostała w tej fazie rozwoju, inne części przedstawiają się jak następuje: pod nabłonkiem oraz wokoło naczyń odkładają się masy szkliste, nabłonek odpryskuje, naczynia ulegają bujaniu, równocześnie następuje rozrost okrągłych, często wielojądrzastych komórek, pochodzących z śródbłonka naczyń i chłonących lipoidy. Ostatecznie powstaje torbiel (na przekroju poprzecznym), zawierająca świeżą i starą krew oraz złuszczone komórki barwikowe, światło ograniczone jest pasem szklistym; bardziej na zewnątrz występuje pas komórek barwikowych pseudoluteinowych lub pseudoksantomatycznych z licznemi naczyniami. Całość odgraniczona jest na zewnątrz włóknistą tkanką łączną. Torbiel owa wykazuje więc wszelkie cechy torbieli smołowej jajnikowej, wyszła jednak z gruczołu Bartholina.

Druga torbiel przedstawiona, widocznie starsza, wykazuje jedynie ostatnią fazę rozwoju torbieli smołowej.

Ustalono więc możność przeistaczania się wysoko zróżniczkowanego gruczołu w endometriosis oraz wtorbiel smołową.

Etjologji takiej nie przewiduje żadna z wyżej wymienionych teoryj. Prelegent podkreśla, że nie wszystkie ogniska o charakterze endometriosis przechodzą w torbiele krwiotoczne — nigdy np. ogniska zawarte w węzłach limfatycznych. Do wytłumaczenia torbieli smołowych nie wystarcza więc wyjaśnienie powstawania samych ognisk gruczołowych, jak to czynią wyżej wymienione teorje, potrzebny jest jeszcze jakiś inny czynnik, prawdopodobnie pewne zaburzenie w wydzielaniu wewnętrznem. Rozpatrzywszy szereg momentów, przemawiających za owym czynnikiem wewnętrznym, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Torbiele smołowe powstają z ognisk gruczołowych o charakterze endometriosis.

2) Pochodzenia owych ognisk nie można wytłumaczyć zapomocą jednej tylko teorji.

3) Proces przejścia owych ognisk w torbiele smołowe odbywa się pod wpływem jakiegoś bliżej nieokreślonego czynnika wewnętrznego, nadającego dopiero tym różnorodnym co do pochodzenia ogniskom cechy jednolitości.

4) Ogniska owe pozostają nadal nieczynne w braku takiego czynnika.

5) Pod wpływem tegoż czynnika mogą w odpowiednich warunkach także gruczoły wysoko zróżniczkowane, np. gruczoł Bartholina, zmienić się w endometriosis oraz dalej w torbiele krwiotoczne.

6) Anatomicznie tenże czynnik wydaje się mieć swój punkt zaczepny w tkance mezenchymalnej lub może dokładniej w naczyniach około-gruczołowych.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Zeyland, Dr. Kowalski, Prof. Skubiszewski i Dr. Czyżak.

Następują pokazy:

Dr. Czyżak przedstawia preparaty:

a) *nadnercza dodatkowego wiązadła szerokiego u noworodka,*

b) *zapalenia migdałków z owrzodzeniem u noworodka 5-ciodniowego.*

Dr. Zeyland przedstawia:

a) rentgenogramy oraz preparaty makroskopowe i mikroskopowe przypadku *gruźlicy u niemowlęcia 9-miesiecznego z kiłą wrodzoną*. Kiłę rozpoznano na podstawie wywiadów i silnie dodatniego odczynu Wassermanna. Ze zmian gruźliczych stwierdzono gruźlicze zapalenie dooskrzelowe serowaciejące obu płuc, gruźlicę serowatą licznych gruczołów chłonnych (NB. gruczołów łokciowych), i śledziony oraz liczne serowate ogniska gruźlicze kości (NB. kości czołowej). Wyrazem kiły mogą być zmiany włókniste naokoło naczyń i oskrzeli w płucach. W kilku słowach omawia Z. wzajemny stosunek gruźlicy i kiły, uzupełniając swe wywody przedstawieniem poglądów, dotyczących tego zagadnienia: Caronii, Oehleckera i Epsteina.

b) *przypadek gruźlicy u niemowlęcia 11-tygodniowego (jama w ognisku pierwotnem płuc).* Pokaz rentgenogramu oraz preparatów makroskopowych i mikroskopowych.

c) *Przypadek schorzenia włóknistego kości z komórkami olbrzymiemi*, (ogłoszonego wspólnie z kol. Degą w „Nowinach Lekarskich“, zeszyt 2, 1928). Obecnie chory powrócił do Kliniki Ortopedycznej, gdzie wobec znacznego pogorszenia wykonano resekcję kolana. Pokaz preparatu.

Dr. Bederski przedstawia:

a) preparaty *pozostałości zarodkowych* u oseska 2-miesięcznego (przewód omoczni. zarodkowa tarczyca z dodatkową grasicą i nerką z zarodkowemi ciałkami Malpighiego).

b) przypadek *zacieśnienia światła moczowodów*, spowodowanego przez rozrost komórek nowotworowych, a przedewszystkiem przez odczynowe bujanie tkanki łącznej (u kobiety lat 44 w kilka miesięcy po operacji Wertheima).

c) preparty *jajnika, w którym zahamowanie odpływu chłonki* wskutek zajęcia tkanki przymacicza przez naciek rakowy *spowodowało rozrost śródbłonka* naczyń chłonnych z *wytwarzaniem się komórek sześciennych oraz komórek olbrzymich.* Są to zmiany podobne do tych, które opisywano w przypadkach kolpohyperplasia cystica i pneumatosis cysteides intestini.

d) przypadek *drobnych torbieli podotrzewnowych* (u kobiety lat 44), powstających również wskutek zastoju chłonki na tle gruźlicy otrzewnej.

Dr. Kalaciński przedstawia przypadek *guza śródpiersia o osobliwym kształcie komórek,* przypominających ziarna owsa (Oat - celled - sarcoma Bernarda) u mężczyzny 64-letniego z przerzutami w wątrobie, krezce, w nadnerczach i w okolicy wyrostka mieczykowatego o tem samem utkaniu. K. nawiązuje do poglądów innych autorów, rozważając zagadnienie, czy guzy takie zaliczyć można do grupy mięsaków czy też do śródbłoniaków.

Dr. Stocki przedstawia przypadek *pozornej transpozycji naczyń serca* u noworodka 3-dniowego, zmarłego wśród objawów ogólnej sinicy. Początkowo sekcja nasunęła powyższe rozpoznanie, a dopiero staranne przebadanie zmian wykazało, że chodzi tu o bardzo szeroki przewód tętniczy Botalla, naśladujący pień tętnicy głównej.

W związku z pokazami zabierają głos *w dyskusji:* Prof. Jonscher, Prof. Skubiszewski, Dr. Stocki, Dr. Bederski, Dr. Zeyland.

J. Zeyland, sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs Bakterjologji, Serologji i Chemji dla celów djagnostyki lekarskiej zorganizowany przez Państwowy Zakład Higjeny. Kurs ten ma za zadanie zaznajomienie słuchacza z całokształtem badań w zakresie bakterjologji, serologji, mikroskopji i chemji klinicznej, potrzebnych dla djagnostyki lekarskiej, przyczem główna uwaga będzie zwrócona na wyszkolenie praktyczne.

Program kursu będzie obejmować:

a) z bakterjologji: djagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych (błonicy, gruźlicy, duru brzusznego, czerwonki, cholery i t. p.);

b) z serologji: serodjagnostykę chorób zakaźnych (reakcja Widal'a, Weil - Felix'a), serodjagnostykę kiły i t. p. (reakcja Bordet - Wasermann'a, Sachs'a. Kahn'a);

c) badania na grupy krwi;

d) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na zimnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze, badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków it. p.);

c) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi (oznaczenie azotu, mocznika, kwasu moczowego, cukru i t. p.), oznaczenie ph. (stężeń jonów wodorowych).

Czas trwania kursu będzie od 1 października do 1 kwietnia. Zajęcia trwałyby kilka godzin dziennie w tem 1 i ½ godziny wykładów, reszta zajęcia praktyczne. W czasie trwania kursu colloquia po skończeniu działu. Na końcu egzamin komisji urzędowej. Kończących kurs będzie obowiązywać praktyka w jednej pracowni, z zaaprobowanych przez Państwowy Zakład Higjeny.

Uczniowie będą otrzymywać odpowiednie świadectwa, na podstawie których będą mogli ubiegać się o pozwolenie do samodzielnego prowadzenia pracowni analiz lekarskich w wymienionym zakresie.

Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs: ukończone studja wyższe, przedewszystkiem lekarskie, następnie przyrodnicze, farmaceutyczne, chemiczne na uniwersytetach i politechnikach.

Kierownictwo kursu zastrzega sobie prawo wymagania od uczniów przerobienia dodatkowo niektórych przedmiotów, jak np. histologji i fizjologji przez farmaceutów i chemików.

Kandydaci nieposiadający wymienionych kwalifikacyj mogliby być przyjmowani wyjątkowo, jako wolni słuchacze, nie będą jednak mieli prawa samodzielnego prowadzenia lekarskiej pracowni rozpoznawczej.

W wyjątkowych wypadkach kandydaci mogą być przyjmowani nie na cały kurs, lecz na poszczególne jego części: bakterjologję, serologję, chemję i mikroskopję kliniczną.

Opłata za kurs wynosić będzie około 100 zł. miesięcznie, wliczając w to naukę, urządzenia, odczynniki, podłoża, zwierzęta doświadczalne i t. p.

W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) w piątek dnia 8 czerwca r. b. o godz. 8½ wieczorem odbyło się posiedzenie dyskusyjne, na którem dr. A. Przyborowski wygłosił odczyt p. t. „Międzynarodowe Stowarzyszenie zawodowo-lekarskie".

Kraków.

Towarzystwo otolaryngologiczne w Krakowie. Onegdaj ukonstytuowało się w Krakowie towarzystwo naukowe, grupujące specjalistów chorób uszu, gardła i nosa, jako krakowski oddział polskiego Towarzystwa otolaryngologicznego. W skład wydziału wchodzą: Dr. St. Strzemieński jako prezes, prof. Dr. A. Baurowicz, wiceprezes, Dr. Adolf Sshwarzbart — sekretarz, Dr. Eug. Klassa — zast. sekretarza. Nowe zrzeszenie specjalistów wypełni dawno odczuwaną lukę w życiu naukowem Krakowa.

Poznań.

Polski Związek Przeciwgruźliczy nadsyła zaproszenie na III Zjazd Ogólno-Krajowy Przeciwgruźliczy w Poznaniu w Coll. Min. Uniw. Poznańskiego, Wały Wazów w dniach 29 i 30 czerwca i 1-go lipca 1928 roku. Przewodniczący: Dr. Kazimierz Dłuski. Porządek obrad: Piątek dnia 29 czerwca: 1) O postaciach nie kwasoodpornych jadu gruźliczego. Ref. Doc. Dr. Leon Karwacki, pułk.-lekarz, Warszawa, Dr. Eisenberg, Kraków. — 2) a) Organizacja szczepień przeciwgruźliczych. Ref. Dr. Wierzbowska, Warszawa. b) Szczepienie przeciwgruźlicze sposobem Calmetta w Poznaniu. Ref. Dr Zeyland, Poznań. — Po południu początek o godzinie 15-tej. 1) a) Ostre postacie gruźlicy u dorosłych. Ref. Prof. Dr. Żebrowski, Warszawa. b) Ostre postacie gruźlicy płuc wieku dziecięcego. Ref. Prof. Karol Jonscher, Poznań. — Zakończenie posiedzenia o godzinie 18-tej. Wieczorem opera o godz. 8-mej. — Sobota dnia 30 czerwca. W związku z 25-cioleciem istnienia lecznicy dla płuczno-chorych pod Obornikami należącej do Ubezpieczalni Krajowej Poznańsko-Pomorskiej odbędą się dalsze obrady w tejże lecznicy, przy pogodzie na wolnem powietrzu, przy niepogodzie w świetlicy Zakładu.

Wyjazd samochodami o godzinie 8.30 rano z przed Collegium minus. Zwiedzenie lecznicy.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat III Zjazdu Przeciwgruźliczego: adres Poznań, Urząd Wojewódzki, Gołębia 1. Biuro kwaterunkowe znajdować się będzie na dworcu głównym, miejsce wskażą plakaty. Kwatery rezerwuje się jedynie tylko za zgłoszeniem do dnia 22 czerwca.

Wstępne dla uczestników Zjazdu wynosi 10 zł. Wstęp na część wyłącznie naukową dla miejscowych bezpłatny. Dla zamiejscowych będzie zniżka ceny biletu powrotnej jazdy koleją o 66⅔%.

Wilno.

Doroczne posiedzenie Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego odbyło się dnia 26. V. b. r. W skład zarządu weszli: Prof. Jasiński, Dr. Łukowski, Dr. Żabko Potopowicz, Dr. Kaulbersz-Marynowska, Dr. Baranowski; w skład Komisji Rewizyjnej: Dr.Karnicka, Dr Lewin, Dr. Zagórska. W r. 1927 oddział liczył 20 członków. Posiedzeń naukowych odbyło się pięć i jedno uroczyste poświęcone pamięci ś. p. Rektora Józefa Brudzińskiego w X rocznicę Jego zgonu. Wygłoszono 10 referatów i omawiano 13 przypadków chorobowych, co łącznie z 14 referatami i 31 pokazami dwu lat ubiegłych wynosi 24 referaty i 44 pokazy.

Z kraju.

Zjazd Lekarzy Kresowych województw północno-wschodnich odbędzie się w Łucku w dniach 30 i 31 sierpnia r. b. — Adres Komitetu Organizacyjnego Zjazdu: Łuck, ul. Sienkiewicza 13, Dr. Ludwik Radwański. — Termin zgłaszania tytułów referatów upływa 20 lipca r. b.

Wszystkie inne pisma lekarskie uprasza się o przedrukowanie.

Dane statystyczne. W r. 1926 było w Polsce 613 zakładów leczniczych o 45.000 (zapotrzebowanie 80.000) łóżek i 22 zakładów psychjatrycznych o 9500 łóżek (zapotrzebowanie 27.000).

W Niemczech jest około 5000 zakładów leczniczych z przeszło 500.000 łóżek. Samych zakładów dla obłąkanych jest 550 o 165.000 łóżek.

Ogólna liczba łóżek we wszystkich zakładach leczniczych wynosi w Polsce 0,19% ludności, w Stanach Zjednoczonych 0,72% czyli 4 razy więcej, w Danji 0,85%. Dla gruźlików w St. Zjednoczonych 0,044, w Danji — 0,11% ludności.

Mieszkania jednoizbowe stanowią w miastach polskich 36% (w Warszawie 39, a w Łodzi 60% istniejących mieszkań), mieszkania 2-izbowe (pokój i kuchnia) 30%, 1 i 2-izbowe mieszkania łącznie stanowią ⅔, w niektórych okręgach ¾ (w Łodzi 79%) wszystkich mieszkań miejskich, 15% ludności miejskiej, czyli przeszło miljon osób mieszka po 5—9 osób w 1 izbie, a 38.000 osób powyżej 9 osób w 1 izbie. W Warszawie 29% ludności mieszka w 1 izbie (w Wiedniu 4,2%, Gdańsku 1,4%, a w Bernie 0,5%. To też 78% zgonów na gruźlicę przypada w Warszawie na 1 izbowe mieszkania, 15% na dwuizbowe i 7% na większe.

Dnia 6 b.m. w Warszawskiej Oficerskiej Szkole Sanitarnej odbyła się uroczystość pożegnania pierwszego Dyrektora nauk tejże szkoły, pułkownika Zembrzuskiego. We wszystkich przemówieniach, zaczynając od Szefa Departamentu Sanitarnego, generała Roupperta, Komendanta Szkoły, gen. Hubickiego, Komendanta Szpitala, pułkownika Rudzkiego, a w końcu na uczniach Szkoły, podchorążych Baworze i Wilkomirskim, we wszystkich przemówieniach dźwięczała nuta wielkiej sympatji dla jej dotychczasowego kierownika naukowego i szczerego żalu z powodu Jego ustąpienia. Uroczystość zakończyła się odsłonięciem portretu pułk. Zembrzuskiego i wręczeniem Mu pięknego pierścienia, poczem ustępujący Dyrektor wygłosił odczyt p. t. „Matlakowski, jako student Uniwersytetu".

Redakja otrzymała:

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka: Biuletyn Nr. 4 z kwietnia 1928 r.

Auguste Lumière: „La vie, la maladies et la mort phénomenes coloidaux". Masson et Cie, Paris 1928.

Prace Aleksandra Wasilewskiego: Wydawnictwo Nowin Lekarskich staraniem Komitetu w celu uczczenia ś. p. Dr. med. Aleksandra Wasilewskiego, z pomocą Kasy im. Dr. Józefa Mianowskiego i Miejskiego Instytutu higjenicznego m. Warszawy. Poznań 1927.

Jos. Gerstmann: „Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse". Nakł. Julius Springer Wien 2. Auflage 1928.

A. Besredka: Etudes sur l'immunité dans les maladies infectieuses. Nakł. Masson et Comp. Paris, 1928.

Société des nations: Organisation d'hygiène. „Annuaire sanitaire international 1927. Rapports sur les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène publique en vingt — sept. pays en 1926".

Memorjał Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie w sprawie naukowej organizacji polskiego zdrojownictwa. Odb. z „Przeglądu zdrojowo-kąpielowego", Nr. 3 z r. 1928.

Sprawozdanie Rady Zawiadowczej
Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji za rok 1927.

Rok sprawozdawczy był 60-tym rokiem istnienia Towarzystwa, które zjednoczyło w sobie Towarzystwo lekarskie krakowskie, lwowskie i sekcje prowincjonalne.

Ogólna ilość wszystkich członków zwyczajnych wynosiła: 569. Z grona członków zabrała śmierć kilku, wśród nich ś. p dra Jana Papéego, prezydenta Izby lek. lwowskiej i dr. Jacka Jasińskiego dyrektora Państw. Szpit. powsz. w Nowym Sączu. Pierwszy, długoletni prezydent Izby lek. lw., zasłużony na polu pracy zawodowo lekarskiej, był jakiś czas członkiem Rady Nadzorczej Towarzystwa, drugi wytrwały pracownik - lekarz i kierownik Szpitala, był długoletnim delegatem na Walne Zebrania delegatów Towarzystwa. Cześć Ich pamięci!

Praca naukowa spoczywała jak dotychczas na Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i lwowskiem a współdziałały z nimi sekcja jarosławska i rzeszowska; wyniki i poziom ich prac odzwierciadlają sprawozdania z posiedzeń naukowych, umieszczane w ich organie „Polskiej Gazecie lekarskiej".

W rękach Towarzystwa lekarzy p. b. Galicji spoczywał zarząd jego majątkiem, stanowiącym fundację wieczystą i opieka nad wdowami i sierotami po zmarłych jego członkach. Mimo bardzo znacznych strat, jakie Towarzystwo poniosło z powodu waloryzacji przedwojennych papierów wartościowych, dzięki wzrastającym stale dochodom z dzierżawy zdrojów morszyńskich podniosła się kwota na wypłatę rocznych wsparć i doraźnych zapomóg. Wsparć rocznych udzielono 35 wdowom i sierotom a 7 stałych względnie jednorazowych zapomóg. Fundusze na ten cel zasilały nadto dary członków oraz dochody z folwarku i lasu, a i w znacznym stopniu zwrot zaległości i regularnie wpływające wkładki od wszystkich członków Towarzystwa.

Waloryzacja przedwojennych papierów wartościowych oraz książeczek wkładkowych została z końcem 1927 r. ukończona; poniżej przedłożone sprawozdania rachunkowe przedstawiają stan majątkowy Towarzystwa i jego rozwój.

Folwark Morszyn o obszarze ca. 183 m. dźwiga się zwolna z upadku; obecny dzierżawca poczynił dalsze remonty w zabudowaniach folwarcznych, ususzył częściowo rowami grunta i rozszerzył obszar roli uprawnej. Gospodarka rolna na nieprzemakalnej, gliniastej glebie folwarku morszyńskiego przedstawia wielkie trudności. Celem podniesienia wartości gleby i dochodów Rada Zawiadowcza Towarzystwa rozważała w bieżącym roku sprawę meljoracji gruntów i poczyniła starania w Tymczasowym Wydziale Samorządowym. Wydział okazał dla sprawy wielkie zainteresowanie i życzliwość i polecił na swój koszt wykonać plany drenowania pól morszyńskich na obszarze około 60 morgowym.

W lesie morszyńskim przystąpiono do usunięcia i sprzedaży przestarzałych drzew i rozpoczęto zalesienie dawnych wyniszczonych przez wypas bydła obszarów leśnych. Całą gospodarką leśną, w myśl wygotowanych planów, zdążającą do podniesienia wartości lasu i dochodów z niego kieruje Inspektor Dyrekcji lasów państw. P. J. Szmyd, któremu za Jego dotychczasową wydatną a bezinteresowną działalność złożyć należy szczere podziękowanie.

Zakład kąpielowy w rękach obecnej Spółki dzierżawnej „Zdroje polskie" rozwija się pomyślnie. Wszystkie budynki zakładowe są starannie remontowane, park należycie utrzymany a produkcja i rozsyłka soli morszyńskiej wzrasta stale. Nowo wypuszczona na rynek aptekarski woda gorżka morszyńska zaczyna powoli wypierać podobne wody zagraniczne a jako produkt rzeczywiście doskonały, oczekuje dalszego wydatniejszego poparcia świata lekarskiego i aptekarskiego.

W roku sprawozdawczym wygotowano na koszt Towarzystwa zdjęcia terenowe i bardzo szczegółowe pomiary gruntów pod nowe uzdrowisko morszyńskie projektowane na wzgórzu tuż obok źródła „Bonifacy" i w jego pobliżu. Planowana nowa osada, położona bardzo dogodnie co do przystępu, po przeciwnej stronie dworca kolejowego, na południowym stoku z pięknym widokiem na Karpaty, wśród szpilkowego starodrzewia, rokuje Zdrojowisku wielką przyszłość. Dawna osada rozrasta się obecnie coraz lepiej dzięki prywatnej inicjatywie na obszarach przylegających do objektów fundacyjnych, dzierżawionych obecnie przez Spółkę „Polskie Zdroje". Spodziewać się należy, że i Spółka dzierżawna niebawem, w myśl intencji długoterminowego kontraktu dzierżawnego przystąpi do rozbudowy zdrojowiska. Wymaga tego jej własny interes i dobro tak cennego zdrojowiska, które zyskało prawo użyteczności publicznej.

Frekwencja Morszyna wzrosła w roku sprawozdawczym bardzo znacznie, niemniej jednak nie odpowiada jeszcze temu, czego można oczekiwać od tak bogatego w zasoby naturalne zdrojowiska. Dalsza rozbudowa ma przed sobą zupełnie pewne i bardzo korzystne widoki powodzenia, brak bowiem tylko pomieszkań hamuje wzrost frekwencji w tym stopniu, jakby to było pożądane W ostatnich miesiącach za inicjatywą Rady Zawiadowczej Towarzystwa zainteresowały się prywatne i bankowe kapitały sprawą rozbudowy Zdrojowiska na wielką skalę oraz eksploatację morszyńskich terenów gazowych, a układy w tym kierunku znajdują się w okresie wstępnych pertraktacji.

A. Sabatowski
Sekretarz Rady

W. Nowicki
Vice-Prezes

R. Rencki
Prezes Rady

W. Koskowski
Skarbnik

CZLONKOWIE RADY ZAWIADOWCZEJ:

K. Bocheński, A. Domaszewicz, R. Hinze, S. Kubisztal, J. Lenartowicz, K. Lipski, J. Misiński, M. Świtalski, J. Zasowski.

KRAKÓW

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1927.

Dr. Ackermann Adam — Dr. Adamowicz od 1. X. 1927 — Dr. Ameisen Fryderyka — Dr. Aronsohn Juljan — Prof. Artwiński Eugenjusz.

Dr. Bannet Arnold — Prof. Baurowicz Aleksander — Dr. Berezewski Tadeusz — Dr. Bielerowa Regina od 1. VII. 1927 na nowo wpisana — Dr. Bielewski Adolf — Dr. Biernacki Henryk — Dr. Birkenfeld Adolf — Dr. Birnbaum Aurelja — Dr. Blassberg Maksymiljan — Dr. Bobak Antoni — Dr. Bobkowska-Czerwińska — Dr. Boczar Stanisław — Dr. Breyer Stanisław — Dr. Brudzewski Karol — Dr. Brzezicki od 1. X. 1927 — Dr. Budzyński Kazimierz — Dr. Bujak Władysław — Prof. Bujwid Odo.

Dr. Cetnarowski Edward — Dr. Chłopicki Włodzimierz — Dr. Chudyk Juljan — Prof. Ciechanowski Stanisław honor. — Dr. Cikowski — Dr. Cybulski Teodor — Dr. Czapnicki Henryk.

Dr. Dłuski — Dr. Drobner-Jurowiczowa — — Dr. Dybowski Tadeusz — Dr. Dziuba.

Dr. Eisenberg Filip — Dr. Engländer Bernard — Dr. Epstein Maurycy — Dr. Feliks Józef — Dr. Friedmann Ludwik — Dr. Frommer Wiktor — Dr. Fuchs Leon.

Prof. Gądzikiewicz Władysław — Prof. Gieszczykiewicz Marjan — Dr. Glaser Henryk — Dr. Glassner Roman — Dr. Glatzel Jan — Prof. Godlewski Emil — Dr. Godlewski Marjan — Dr. Gogólski Józef — Dr. Golgart Leon — Dr. Gólski Stanisław — Dr. Gołąb Jan — Dr. Gottlieb Henryka — Dr. Grossfeld Henryk — Dr. Grudzewski Adam — Dr. Grünhut Bernard — Dr. Grzybowski Grzegorz — Dr. Gutfreund.

Dr. Habicht Kazimierz — Dr. Hackbeil Bronisław — Dr. Hladij Michał — Dr. Horowitz Lila — Dr. Heller.

Dr. Jakobsohn Leopold — Dr. Jaugustyn Stanisław — Dr. Junger Jakób.

Prof. Kader Bronisław honor. — Dr. Kaplicki Mieczysław — Dr. Karasiński Stanisław — Prof. Korczyński Ludomir — Dr. Karelus Kazimierz — Dr. Keller Tadeusz — Dr. Klasa od 1. VIII. 1927 — Prof. Klecki — Dr. Kluger Władysław — Dr. Knorek Jan — Dr. Komorowski Bolesław — Dr. Korabczyńska — Dr. Korolewicz Bolesław — Dr. Kosiński Mieczysław — Prof. Kostanecki Kazimierz honor. — Dr. Kostecki Jan — Dr. Kostrzewski Józef — Dr. Kotulski Ludwik — Dr. Kowenicki Walery — Dr. Kramaczyński Adam — Dr. Krokiewicz Antoni — Dr. Krysakowski Józef — Dr. Kunicki Ryszard — Dr. Kupczyk Bernard — Dr. Kwaśniewski August honor.

Dr. Lachs Jan — Dr. Landau Ada — Dr. Landau Jan sen. — Dr. Landau Rafał — Dr. Landau Maurycy — Prof. Latkowski Józef — Dr. Latocha Leon — Dr. Laub Abraham — Dr. Lauer Aleksander — Dr. Lemkrein Michał — Prof. Lewkowicz Ksawery.

Dr. Łapiński Stanisław — Prof. Łobaczewski Adam — Dr. Łopaciński Michał — Dr. Łukaszczyk Franciszek.

Dr. Maciąg Adam — Dr. Macieszyn Sabina — Dr. Majewicz Edmund — Prof. Majewski Kazimierz honor. — Dr. Malkiewicz Zdzisław — Dr. Malinowski Gustaw — Dr. Marcjaniak Franciszek — Dr. Markowa Ada — Dr. Masny Ignacy — Prof. Maydell Ernest — Prof. Maziarski Stanisław — Dr. Medyński Władysław — Dr. Merunowicz Tadeusz — Dr. Merz Alfred — Dr. Missona Krzysztof — Dr. Morawski Juljan — Dr. Motyka Ludwik — Dr. Müller.

Dr. Nartowski Mieczysław — Dr. Niewola — Prof. Nowak Juljan honor. — Dr. Nowicki Stanisław — Dr. Nüssenfeld Józef.

Prof. Olbrycht Jan — Dr. Oszacki Aleksander — Dr. Owsiński Józef.

Dr. Pachoński Antoni — Dr. Pawlas Tadeusz — Dr. Piątkowski Juljusz — Dr. Pilecki Łazarz — Prof. Piltz Jan — Dr. Piotrowski Tymoteusz — Dr. Pisarski Tadeusz — Dr. Pisek Henryk — Dr. Podłęski — Dr. Pogonowski Bolesław — Dr. Poźniak Stanisław — Dr. Praetzel Gustaw.

Dr. Radwańska Wanda — Dr. Rec Wojciech — Dr. Reiner Otmar — Dr. Reich — Dr. Reiss — Dr. Remin Stanisława — Dr. Rogalski Tadeusz — Dr. Rosenhauch — Prof. Rosner Aleksander honor. — Prof. Rutkowski — Dr. Rybicki — Dr. Rychliński — Dr. Rzegociński Bolesław.

Dr. Szancerowa Barbara — Dr. Sas Adolf — Dr. Schenker Ignacy — Dr. Schmiedt Józef — Dr. Schoengut-Strzemiński — Dr. Schönberg Emil — Dr. Schuldenfrei Marja — Dr. Ściesiński Kazimierz — Dr. Sędzielowski — Dr. Seńkowski Michał honor. — Dr. Siedlecki — Dr. Sikorski Stanisław — Dr. Sikorska Amelja — Dr. Sikorska Helena — Dr. Skórczewski Witold — Dr. Służewski Kazimierz — Dr. Sochacki Władysław — Dr. Sokołowski od 1. X. 1927 — Dr. Sołtysik Józef — Dr. Spira-Sewinger — Dr. Spira Józef — Dr. Spiss Marja — Dr. Stankiewicz Wiktor — Dr. Sternbach Karol — Dr. Stopczański Jan — Dr. Stroka Roman — Dr. Stryjeński — Dr. Surzycki Józef — Dr. Świerz Witold — Dr. Syrop Jakób — Dr. Szczeklik Edward — Dr. Szlank Józef — Dr. Słonczka od 1. VII. 1927 — Dr. Szancenbach Jan — Dr. Sztencel Władysław — Prof. Szumowski Władysław — Dr. Henryk Szymanowicz Józef — Dr. Szwarcbart Adolf.

Prof. Tempka Tadeusz — Dr. Trzebicka Stefanja.

Dr. Wachtel Zygmunt — Dr. Wachtel Henryk — Dr. Walkowski Jan — Dr. Walter Franciszek — Dr. Wander Leon — Dr. Waserberg Paulina — Dr. Wasserberg Dora — Prof. Wachholz Leon honor. — Dr. Wąsowicz Zygmunt — Dr. Weinberg Jakób — Dr. Weissglas Wilhelm — Dr. Wielski Zygmunt — Dr. Wielska Hildegarda — Dr. Wilczyński Ludwik — Dr. Wiśniewski Józef — Dr. Wojciechowski — Dr. Wojewski Stanisław — Dr. Wysocki Piotr — Dr. Wróblewski Wincenty.

Dr. Zakrzewski — Dr. Zamorski — Dr. Ziarko Jan — Dr. Zieliński Marcin — Dr. Zieliński — Dr. Zubrzycki January.

LWÓW

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1927.

Dr. Aleksiewiczowa Zofja — Dr. Aleksiewicz Józef — Dr. Allerhand Henryk — Dr. Andruszewski Mieczysław — Dr. Arend Rudolf — Dr. Atlasówna Elżbieta.

Dr. Balikówna Olga — Dr. Bałłaban Teodor — Prof. Barącz Roman — Dr. Bardach Teofil — Dr. Bardecki Stanisław — Prof. Beck Adolf — Prof. Bednarski Adam —Dr. Bednarz Józef — Dr. Bełtowski Jan — Dr. Berlstein Jakób — Dr. Bett Maksymiljan — Dr. Bieńkowski Bogumił — Dr. Blumenfeld Antoni — Prof. Bocheński Kazimierz — Dr. Breiter Rudolf — Dr. Brichta Zdzisław — Dr. Brill Marcin — Dr. Bühn Stanisław — Prof. Bylicki Władysław.

Dr. Chrapek Zygmunt — Dr. Chwalibogowski Jerzy — Dr. Chwalibogowski Artur — Dr. Ciepielowski Władysław — Prof. Cieszyński Antoni — Dr. Cybulska Ewa — Dr. Czabanówna Franciszka — Dr. Czaczkowski Józef — Dr. Czernecki Wincenty — Dr. Czeżowska Zofja — Dr. Czyżewski Kazimierz — Dr. Gracka-Czyżewska — Dr. Damański Emanuel — Dr. Damański Marek — Dr. Danielski Zygmunt — Dr. Daum Ludwik — Dr. Dawidowicz Emil — Dr. Demianowski Adrjan — Dr. Demianowska Marja — Dr. Dobrzański Antoni — Dr. Doliński Eugenjusz — Dr. Domaszewicz Aleksander — Dr. Drak Juljusz — Dr. Duczymińska Stanisława — Dr. Dybowski Władysław.

Dr. Ehrlich Dawid — Dr. Ehrlich Zygmunt — Dr. Epler Roman — Dr. Epstein-Gottliebowa.

Dr. Falkiewicz Tadeusz — Dr. Falkiewicz Antoni — Dr. Fels Israel — Dr. Finkel Herman — Dr. Finkel Adam — Dr. Flint Władysław — Dr. Foks Jan — Prof. Franke Marjan — Dr. Füllenbaum Lola.

Dr. Gabel Wilhelm — Dr. Gacioł Rudolf — Prof. Gajewski Stefan — Dr. Garbień Tadeusz — Dr. Gąsiorowski Napoleon — Dr. Gemski Wilhelm — Dr. Gemska Marja — Dr. Gluziński Lesław — Dr. Goldschlag Fryderyk — Dr. Goertz Jerzy — Dr. Gorczyński Ludwik — Dr. Gorczyński Henryk — Dr. Grabowski Witold — Dr. Graf Marceli — Dr. Graf Józef — Dr. Grek Jan — Dr. Groeblowa Augusta — Prof. Gröer Franciszek — Dr. Grzędzielski Jerzy — Dr. Gruca Adam — Dr. Grünseit Zofja.

Prof. Halban Henryk — Dr. Hermelin Eljasz — Dr. Hescheles Izydor — Dr. Hilarowicz Henryk — Dr. Hołobut Teofil — Dr. Hołodyński Jerzy — Dr. Hornung Karol — Dr. Hornung Stanisław.

Dr. Ingardenowa Marja.

Dr. Jakubowski Karol — Dr. Janiczek Rudolf — Dr. Janik Alfred — Dr. Jankowski Wiktor — Dr. Jankowski Jan — Dr. Janusz Wiktor — Dr. Jarocki Adam — Dr. Jeger Israel — Dr. Jonas Maksymiljan — Dr. Jonasowa Celestyna.

Dr. Kamiński Zygmunt — Dr. Kauczyński Klemens — Dr. Kielanowski Bolesław — Dr. Kikinger Edward — Dr. Kmietowicz Franciszek — Dr. Kochaj Jan — Dr. Kogutowa Anna — Dr. Kolońska Wiktorja — Prof. Koskowski Włodzimierz — Dr. Kotiers Zdzisław — Dr. Krasowska Marja — Dr. Królikiewicz Kazimierz — Dr. Krygowska Marja — Dr. Krzemicki Izydor — Dr. Krzyżanowski Kalikst — Dr. Krzyżanowski Jerzy — Dr. Kuhl Karol — Dr. Kuhn Adolf — Dr. Kuryłowicz Stefan — Dr. Kwiatkowski Stanisław.

Dr. Lachmund Adam — Dr. Lachowicz Zdzisław — Dr. Landes-Leinerowa Ludwika — Dr. Lehm Daniel —Prof. Lenartowicz Jan — Dr. Lenczowski Józef — Dr. Leszczyński Roman — Dr Lewicki Stanisław — Dr. Liebhardt Stanisław — Dr. Lilien Norbert — Dr. Limanowski Józef — Dr. Lipiński Witold — Dr. Lipski Kazimierz — Dr. Loriowa Marja — Dr. Ludwig Stanisław.

Dr. Łuc Juljan.

Prof. Machek Emanuel — Dr. Mączewski Stanisław — Dr. Madejewski Walerjan — Dr. Magońska Klara — Dr. Mahl Gustaw Dr. Majewski Adam — †Dr. Małaczyński Roman — Dr. Mańkowski Ludwik — Dr. Marciak Marjan — Prof. Marischler Juljusz — Dr. Margulies Maksymiljan — Prof. Markowski Zygmunt

Prof. Markowski Józef — Dr. Mazanek Ignacy — Dr. Mehrer Franciszek — Dr. Meisels Emil — Dr. Meisels Samuel — Dr. Mierzecki Henryk — Dr. Mikiewiczówna Anna — Dr. Mikołajski Szczepan — Dr. Mikulińska Janina — Prof. Moraczewski Wacław — Dr. Mossor Stanisław — Dr. Mravinćsics Edmund — Dr. Musiał Albin — Dr. Münzer Jakób.

Dr. Naróg Franciszek — Dr. Notz Juljusz — Prof. Nowicki Witold.

Dr. Oberländer Samuel — Dr. Obmiński Xawery — Dr. Olszewski Kazimierz — Dr. Opieński Jan — Dr. Owiński Jakób Dr. Ostrowski Stanisław — Dr. Ostrowski Stanisław — Prof. Ostrowski Tadeusz.

Dr. Pańczyszyn Marjan — Dr. Penzias Maurycy — Dr. Pilewski Oskar — Dr. Piotrowski Karol — Dr. Pisek Wilhelm — Dr. Podsoński Władysław — Dr. Pohorecki Andrzej — Dr. Pokrzywka Henryk — Dr. Popielska Helena — Dr. Popławski Zdzisław — Dr. Progulski Stanisław.

Dr. Quest Robert.

Dr. Byk-Rajtmanowa— Dr. Reichenstein Marek — Dr. Reinhold Jonasz — Dr. Reiss Wiktor — Dr. Reizes Dawid — Prof. Rencki Roman — Dr. Rodziński Ryszard — Dr. Rothfeld Jakób Dr. Rubin Aron — Dr. Ruebenbauer Henryk — Dr. Rychlowski Zbigniew — Dr. Rypuszyńska Wanda.

Dr. Sabatowski Antoni — Dr. Salpeter Michał — Dr. Sawicka Henryka — Dr. Scheuring Herman — † Dr. Schneider Karol — Dr. Schneider Natan — Prof. Schramm Hilary — Dr. Seidler Maksymiljan — Dr. Selzer Jakób — Dr. Selzer Marcin — Dr. Serbeński Walerjan — Prof. Sieradzki Włodzimierz — Dr. Skrowaczewski Paweł — Dr. Słonecki Michał — Dr. Sochański Henryk — Prof. Sołowij Adam — Dr. Sołtysik Adam — Dr. Spalke Zygmunt — Dr. Stauber Salomomn — Dr. Stefek Emil — Prof. Steusing Zdzisław — Dr. Stobiecki Zygmunt — Dr. Stockknopf Juljan Dr. Strzelecka-Arnoldowa Marja — Dr. Świątkiewicz Michał — Dr. Świtalski Mieczysław — Dr. Szczurkowski Stanisław — Dr. Szulisławska Jadwiga — Dr. Szumowski Kazimierz — Dr. Schusterówna Helena — Prof. Szymonowicz Władysław — Dr. Szymonowicz Jerzy.

Dr. Tennenbaum Salomon — Dr. Tomanek Zdzisław — Dr. Tomaszewski Józef — Dr. Tumidajski Juljan — Dr. Tyszka Kazimierz.

Dr. Wachnianin Miron — Dr. Walichiewicz Tadeusz — Dr. Wechsler Emil — Dr. Węgłowski Romuald — Dr. Węgłowska Eugenja — Dr. Węgrzynowski Lesław — Dr. Wein Henryk — Dr. Wepperówna Zofja — Dr. Wernicki Kazimierz — Dr. Wiczyński Tadeusz — Dr. Wiślański Kazimierz — Dr. Witkowska Jadwiga — Dr. Wolf Aron — Dr. Woszczyński Juljan — Dr. Woyciechowska Adela — Dr. Wysocki Józef.

Dr. Zabłocki Stanisław — Dr. Zakreys Franciszek — Prof. Zalewski Teofil — Dr. Zakrzewski Józef — Dr. Zakrzewski Aleksander — Dr. Zakrzewska Józefa — Dr. Zaorski Bronisław — Dr. Zgórski Kazimierz — Dr. Zieliński Ignacy — Dr. Ziembicki Witold — Dr. Ziemilski Bernard — Dr. Zion Oswald — Dr. Zwilling Edgar.

PROWINCJA.

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1927.

Dr. Ameisen Maurycy, Nowy Sącz — † Dr. Baraniecki Roman, Wieliczka — Dr. Bielecki Ignacy, Rymanów — † Dr. Borysiewicz Wiktor, Monasterzyska — Dr. Brzeziński Edmund, Zakopane — Dr. Choróbski Stanisław, Sambor — Dr. Chuderski Franciszek, Sambor — Dr. Ciepielowski Kazimierz, Kolbuszowa — Dr. Czaplicki Zdzisław, Zakopane — Dr. Dadlez Juljan, Rawa Ruska — Dr. Dwernicki Stanisław, Borysław — Dr. Dziewoński Władysław, Kęty — Dr. Feldman Marek, Jarosław — Dr. Ferensiewicz Michał, Stanisławów — Dr. Fischer, Jarosław — Dr. Fleszar Jan, Łańcut — Dr. Frank Apolinary, Mielec — Dr. Fürbek Leon, Tarnów — Dr. Gabryszewski Tadeusz, Zakopane — Dr. Gawlikowski Stanisław, Złoczów — Dr. Giełczyński Wiktor, Nadwórna — Dr. Gnoiński Michał, Sieniawa — Dr. Górski Xawery, Krynica — Dr. Grzegorzewski N., Jarosław — Dr. Glücksman Stanisław, Oświęcim — Dr. Gutt Jan, Stanisławów — Dr. Haendl Anzelm, Jarosław — Dr. Hernich Franciszek, Rudnik n/S — Dr. Herzig Samuel, Sanok — Dr. Hintze Roman, Rzeszów — Dr. Hołuba Teofil, Zarszyn — Dr. Janczi Franciszek, Nowy Sącz — † Dr. Jasiński Stanisław, Nowy Sącz — Dr. Jung Adolf, Brody — Dr. Jüngst Wacław, Borynia — Dr. Karaś Andrzej, Sucha — Dr. Kos M., Przemyśl — Dr. Kowenicki Adam, Jasło — Dr. Kozłowski Bronisław, Drohobycz — Dr. Krok N., Przeworsk — Dr. Kubiszta! Stanisław, Stanisławów — Dr. Lic Henryk, Brzozów — Dr. Loewy Alojzy, Nisko — Dr. Łowczowski Wiktor, Wojnicz — Dr. Maciejowicz Stefan, Sokal — Dr. Misiński Jan, Stryj — Dr. Morawski Karol, Zakopane — Dr. Natter Wiktor, Frysztak — Dr. Orlowski Władysław, Jarosław — Dr. Ożarowski Stanisław, Uhnów, — Dr. Pajączkowski Włodzimierz, Sanok — Dr. Pelczar Zenon, Drohobycz — Dr. Pilcer Herman, Tarnów — Dr. Porajewski Jan, Sanok — Dr. Porycki Bronisław, Bukaczowce — Dr. Puzon Roman, Jarosław — Dr. Ramer Salomon, Sanok — Dr. Rawski Tadeusz, Rozdół — Dr. Rieser Adolf, Chrzanów, — Dr. Rosberger Salo, Jarosław — Dr. Sawicki Antoni, Kańczuga — Dr. Siary Stanisław, Jarosław — Dr. Ślósarczyk Antoni, Oświęcim — Dr. Silberstein Józef, Czchów — Dr. Skórski Włodzimierz, Żywiec — Dr. Smyczyński Ignacy, Przeworsk — Dr. Soniewicki Teodor, Stary Sambor — Dr. Spanbauer Karol, Sucha —Dr. Spatz Maurycy, Jarosław — Dr. Szumski Władysław, Kolbuszowa — Dr. Szymanek Zdzisław, Nowy Sącz — Dr. Tarnawski Apolinary, Kosów — Dr. Tokarski Feliks, Jedlicze — Dr. Trzaskowski Juljan, Jarosław — Dr. Vinzenś Aleksander, Peczeniżyn — Dr. Zaleski Karol, Sanok Dr. Zaranek Stanisław, Nowy Sącz — Dr. Zarzycki Emanuel, Krynica — Dr. Zasowski N., Jarosław — Dr. Zieliński Edward, Nowy Sącz — Dr. Zbigniewicz Jan, Tarnów.

ZESTAWIENIE RACHUNKÓW

Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji z dniem 31 grudnia 1927.

PRZYCHODY

I. Pozostałość z roku 1926			5.405·73
P. K. O.	3.441·20		
Kasa Morszyn	11·53		
Lokata ks. wkł. G. K. O. Nr. 223920	1.953·—		
II. Dochody z Morszyna			12.141·54
III. Wkłady członków			4.494·—
Lwowskie Two Lekarskie	2.160·—		
Krakowskie „ „	1.662·—		
Prowincja	672·—		
IV. Dary członków			533·84
Sekcja Twa Lek. Jarosław	30·—		
„ „ „ Sanok	90.—		
Waloryzacja ks. przedw. (różne)	12·08	132·08	
Prof. Dr. Rencki za r. 1927		401·76	
V. Gotówka za wylos. pap. wartościowe			6.286·65
Wylos. i skup. pap. wart.	3.742·46		
Kupony od pap. wartość.	2.199·46		
Narosłe odsetki od lokat i P. K. O.	344·73		
		Zł.	28.861·76

ROZCHODY

I. Rozchody Morszyn			2.503·83
II. Wypłacone pensje wdowom			9.525·—
III. Wypłacone zapomogi wdowom			675·—
IV. Wydatki			738·78
Płaca manipulantki	600·—		
Należytość manip. P. K. O.	51·27		
Druki, czeki manip. P.K.O.	39·36		
Opłata należ. depozytowej	33·50		
Portorja	14·65		
Salda z dniem 31 grudnia 1927:			
Na lokatach wedle oddzielnego zestawienia		10.171·96	
W P. K. O.		4.729·50	
W Kasie Morszyn		517·69	15.419·15
		Zł.	28.861·76

ZESTAWIENIE RACHUNKÓW MORSZYNA Fundacji Bonifacego i Magdaleny Stillerów z dniem 31 grudnia 1927.

PRZYCHODY

I. Dochody z dzierżawy			9·342·23
a) Dzierżawa folwarku w Morszynie		3.525·—	
b) Dzierżawa Zdroju i Soli			
Dom Zdrojowy		1.305·23	
Dzierżawa eksploatacji przetwor. zdrojowych		3.000·—	
c) Dzierżawa polowania		612·—	
d) Wynajem Gajówki		600·—	
e) Dzierżawa gruntu na kąpiele słoneczne		300·—	
II. Dochody z lasu			2.498·01
Drobna sprzedaż drzewa gałęzi i produktów leśnych			
III. Różne			301·30
Przeniesienie na lokaty			
Dzierżawy			
Kaucja p. Makarewicza (zwaloryz.)	96·05		
Kaucja p. Gartenberga	60·17	156·22	
Inwestycje			
Fundusz inwest. Morszyn		145·08	
		Zł.	12.141·54

ROZCHODY

I. Inwestycje		48·50
Uzupełnienie inwentarza Gajówki	23·—	
Koszty konserwacji Gajówki	25.50	
II. Koszty robót leśnych		360·35
Pniakowe	100·96	
Roboty leśne	259·39	
III. Koszty administracji		1.302·85
Płaca gajowego i stróża leśnego	900·—	
Opłata Kasy Chorych za r. 1926/27	322·49	
Asekuracja Gajówki od ognia	18·10	
Przybory kancelaryjne	36·85	
Porto i drobne wydatki	25·41	
IV. Podatki i należytości skarbowe		792·13
Podatek gruntowy	916·46	
„ drogowy 1926/7	356·32	
	1.272·78	
Tangenta dzierżawców	480·65	
Nadwyżka użyta na częściowe pokrycie pensji wdów i sierót		9.637·71
	Zł.	12.141·54

WYKAZ DEPOZYTÓW Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji z dnia 31 grudnia 1927.

Objaśnienie	Wartość imienna	Wartość konwersyjna	Kurs	Wartość bilansowa
I. DEPOZYT W B-KU GOSPODARSTWA KRAJ. Nr. 1.217 zapis śp. Dr. Józefa Barzyckiego				
4% Oblig. komun. B. G. K.	K. 15.000·—	Zł. 2.477·25	50·—	Zł. 1.238·62
4% listy zast. B. G. K.	9.000·—	645·40	59·—	531·—
4½% listy zast. B. G. K.	1.000·—	91·50	60·—	54·90
4% listy zast. Akc. B-ku Hip.	6.200·—	600·—	53·—	318·—
4%½ listy zast. Akc. B-ku Hip.	1.000·—	100·—	58·—	58·—
4% listy zast. Gal. Tow. Kred. Ziem.	4.000·—	200·—	53·—	106·—
1 los serbski nom. wart. Fr. 10·—			12·60	12·60
5% pożyczka konwersyjna		4·—	66·—	2·64
4% „ kolejowa	2.800·—	—·—	—·—	—·01
1 książka wkładkowa B-ku Gosp. Kraj. Nr. 29846	196·51	11·77	—·—	11·77
1 „ „ „ „ „ „ 41840	2.208·42	17·40	—·—	17·40
	K. 41.404·93	Zł. 4.147·32		Zł. 2.350·94
II. DEPOZYT W B-KU GOSPODARSTWA KRAJ. Nr. 2.978				
4% Oblig. komun. B-ku Gosp. Kraj.	K. 10.000·—	Zł. 1.651·50	50·—	Zł. 825·75
4½% „ „ „ „ „	2.000·—	295·60	54·—	159·66
4% listy zastawne „ „ „	29.400·—	2.710·68	59 —	1.359·84
4½% „ „ „ „ „	1.000·—	91·50	60·—	59·40
4% obligacje kolejowe	7.400·—	1.924·—	12·50	240·50
4% listy zast. Akc. B-ku Hip.	109.000·—	10.350·—	53·—	5.485·50
4½% „ „ „ „ „	3.200·—	300 —	58 —	174·—
4% listy zast. Gal. T-wa Kred. Ziem.	79.400·—	3.970·—	53·—	2.104·10
4% pożyczka Gminy m. Lwowa z r. 1896	21.000·—	3.150·—	50·—	1.575·—
„ „ „ „ z r. 1890	32.500·—	4.875·—	50·—	2.437·50
„ „ „ „ z r. 1911	42.500·—	6·375·—	50·—	3.187·50
5% pożyczka konwersyjna		812·—	66·—	535 92
	K. 337 400·—	Zł. 36.505·28		Zł. 18·144·67
III. DEPOZYT W B-KU GOSPODARSTWA KRAJ. Nr. 3.337 fundacja śp. Adolfa Lukasa				
4% listy zast. Gal. T-wa Kred. Ziem.	K. 140.000·—	Zł. 7.000·—	53·—	Zł. 3·710·—
4% pożyczka Gminy m. Lwowa z r. 1896	1.000·—	150·—	50·—	75 —
4% listy zast. Akc. B-ku Hip.	10.000·—	950·—	53·—	503·50
4½% pożyczka Marg. Morawskiego	12.000·—			—·01
książka wkładkowa B-ku Gosp. Kraj. Nr. 56268 Mp. 960·—		1·55	—·—	1.55
	K. 163.000·—	Zł. 8.101·55		Zł. 4.290 06
IV. DEPOZYT SĄDOWY zapis śp. Dr. Adolfa Lukasa				
4% pożyczka Gminy m. Lwowa z r. 1896	K. 1.000·—	Zł. 150·—	50·—	75·—
1 książka wkładkowa Gal. Kasy Oszcz. Nr. 193885 Mp. 121·80		—·01		—·01
	K. 1.000·—	Zł. 150·01		Zł. 75 01
V. U PREZESA				
a) zapis śp. Dr. Adolfa Lukasa podjęte z depoz. sądowego				
4% pożyczka Gminy m. Lwowa z r. 1896	K. 30.000·—	Zł. 4.500·—	50·—	Zł. 2 250·—
b) fundusz Dr. Niedźwieckiego				
1 los turecki Fr. 400·—			Dol. 6·50	57·85
c)				
15 sztuk akcji „Polskie Zdroje" à Zł. 10·—		150·—	—·—	—·01
	K. 30.000·—	Zł. 4.650·—		Zł. 2.307 86

ZESTAWIENIE

I.	K. 41.404·93	Zł. 4·147·32	Zł. 2.350.94
II.	337.400·—	36.505·28	18.144·67
III.	163.000·—	8.101·55	4.290·06
IV.	1.000·—	150.01	75·01
V.	30.000·—	4.650·—	2.307·86
	K. 572.804·93	Zł. 53.554·16	Zł. 27.168·54

ZESTAWIENIE LOKAT NA KSIĄŻECZKACH WKŁADKOWYCH
z dniem 31 grudnia 1927.

L. p.	Nr.	Ulokowano	T r e ś ć	Obca waluta	Złote
1	223.920	Gal. Kasa Oszcz.	Wkładki członków, Sekcja Kraków	Dol. 229·52	2.042·73
2	225.009	„ „ „	Realizacja kup. z fundacji	„ 413·07	3.676·32
3	226.732	„ „ „	Fundusz z wylosowanych efektów	„ 223·93	1.992·98
4	114.594	„ „ „	„ śp. A. Lukasa (za kup.)		353·12
5	72.206	Bank Gosp. Kr.	„ dysp. Tow. L. P. b. G. (konwersja ks. przedw.)		108.53
6	72.205	„ „ „	„ inwestycyjny Morszyn		145·63
7	226·965	Gal. Kasa Oszcz.	Dochody z lasu	„ 150·—	1.335·—
		Kaucje			
8	24.551	Gal. Kasa Oszcz.	Kaucja Jakóba Gartenberga		60·17
9	106.111	„ „ „	„ T-wa „Polskie Zdroje Morszyn (dar Prof. Renckiego)		457·48
				Dol. 1.016·52	Zł. 10.171·96

STAN MAJĄTKU TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH b. GALICJI
z dniem 31 grudnia 1927.

A)	**FUNDUSZE WIECZYSTE**				179 161·52
I.	**Fundacja Stillerów** w Morszynie			150·000·—	
II.	**Papiery wartościowe** wedle oddzielnego zestawienia . .	K. 572.804 93		27.168·54	
III.	**Lokaty** wedle oddzielnego zestawienia, tytułem wylosowania i skupu efektów	Dol. 223·93	1.992·98	1.992·98	
B)	**FUNDUSZE WZRASTAJĄCE**				4.801·25
	Lokaty:				
a)	za zrealizowane kupony	Dol. 413·07	4.029·44		
b)	za waloryzowanie książek wkładkowych przedwojennych		254·16		
c)	różne		517 65		
C)	**FUNDUSZE DYSPOZYCYJNE TOWARZYSTWA**				3.377·73
	Lokaty:				
a)	gospodarka leśna	Dol. 150·—	1.335·—		
b)	wkładki Sekcji Kraków	Dol. 229·52	2.042·73		
	Pozostałość kasowa z dniem 31 grudnia 1927				5.247·19
	w P. K. O.			4.729·50	
	Kasa Morszyn			517·69	
		Dol. 1.016·52	10.171·96		Zł. 192.587·69

ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE WYNIKÓW TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH b. GALICJI

z dniem 31 grudnia w latach 1924—1927.

PRZYCHODY

	1924	1925	1926	1927	wyniki łącznie 1924/927
I. Morszyn	Zł. 3.998·12	5.952·22	11.703·99	12·141·54	33.795·87
II. Tygodnik Lekarski	95·97	·540·—	—·—	—·—	635·97
III. Wkłady członków	— —	1.831·60	5.002·—	4.494·—	11.327 60
IV. Dary	69·17	272·45	457·—	132·08	930 70
V. Dar Prof. Renckiego . . .	5.161·87	1 428·08	2.040·89	401·76	9·032·60
VI. Dochód z kuponów, wylos. efekt. i odsetek	—·—	—·—	—·—	6.286·65	6.286·65
IIV. Pozostałość z ub. roku . .	144·35	3.075·85	645·24	5.405·73	9.271·17
	Zł. 9.469·48	13.100·20	19.849·12	28.861·76	71.280·56

ROZCHODY

	1924	1925	1926	1927	wyniki łącznie 1924/927
I. Morszyn	Zł 3.948·10	3.535·37	3.520·81	2.503·83	13.508·11
II. Administracja	31 64	1.313·11	947·58	738·78	3.031·11
III. Pensje wdów	1.591·67	5.300·—	9.300·—	9.525·—	25.716·67
IV. Zapomogi	822·22	1.375·—	675·—	675·—	3.547·22
V. Gazeta Lekarska	—·—	931·48	—·—	—·—	931 48
VI. Salda z końcem roku administracyjnego	3.075·85	645·24	5.405·73	15.419·15	24.545·97
	Zł. 9·469·48	13.100·20	19.849·12	28.861·76	71.280·56

ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE WYNIKÓW FUNDACJI BONIFACEGO I MAGDALENY STILLERÓW — MORSZYN

z dniem 31 grudnia w latach 1924—1927.

PRZYCHODY

	1924	1925	1926	1927	wyniki łącznie 1924/927
I. Dzierżawa folwarku . . .	Zł. 1.945·27	1.536·80	5.459·52	3.525·—	12.466·59
II. Dzierżawa Zdroju i solan.	1.014·53	2.152·96	4.111·98	4.305·23	11.584·70
„ polowania . .	242·34	480·—	522·—	612·—	1.856·34
Dochody z gajówki . . .	—·—	480·—	366·50	600·—	1.446·50
Dzierżawa gruntu na kąpiele słoneczne	—·—	—·—	—·—	300·—	300·—
III. Dochody z lasu	795·98	1.302·46	1.243·99	2.498·01	5.840·44
IV. Różne dochody . .	—·—	—·—	—·—	301·30	301·30
	Zł. 3.998·12	5.952·22	11.703·99	12.141·54	33.795·87

ROZCHODY

	1924	1925	1926	1927	wyniki łącznie 1924/927
I. Roboty leśne i pniaki . .	Zł. 204·17	644·43	426·87	360·35	1.635·82
II. Koszta administracji . . .	236·94	637·21	2.064·35	1·302·85	4.241·35
III. Koszta prawne	145·69	595·25	142·70	—·—	883·64
IV. Podatki i należyt. skarb. .	56·55	620·05	623·57	792·13	2.092·30
V. Inwestycje i konserwacje .	3.304·75	1.038·43	263·32	48·50	4.655·—
Nadwyżka	50·02	2.416·85	8.183·18	9·637·71	20.287·76
	Zł. 3.998·12	5.952·22	11.703·99	12.141·54	33.795·87

Wydział powiatowy w Sanoku.

L. 700/28. Sanok, dnia 15 maja 1928.

KONKURS

Wydział Powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w miasteczku Mrzygłód. Do posady tej przywiązane są pobory XII-go stopnia służbowego urzędników państwowych, wraz z wszystkimi dodatkami tudzież ryczałtem na objazdy służbowe.

Ubiegający się o to stanowisko mogą wnieść podania do Wydziału Powiatowego w Sanoku w terminie do 30 czerwca 1928 i dołączyć następujące dokumenty: 1) metrykę urodzenia, 2) dyplom doktora medycyny, 3) dowód obywatelstwa polskiego, 4) poświadczenie co do prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwo z conajmniej 3-letniej praktyki lekarskiej i rocznej praktyki szpitalnej.

Kierownik Tymczasowego Zarządu autonomicznego:
(Podpis nieczytelny).

KONKURS

W okręgu Dyrekcji Kolei państwowych we Lwowie, jest do obsadzenia posada kontraktowego lekarza rejonowego z siedzibą w Skolem, z uposażeniem według IX grupy szczebla „a" łącznie z dodatkiem regulacyjnym i ewentualnie ekonomicznym.

Do podań, które należy wnosić do Wydziału Sanitarnego tut. Dyrekcji należyd ołączyć metrykę urodzenia, dowód obywatelstwa polskiego, dyplom lekarski, świadectwo z poprzedniej i obecnej pracy, dokument stwierdzający stosunek do wojska, oraz curriculum vitae.

Podania z załącznikami należy wnosić najpóźniej do dnia 25 czerwca 1928.

Bliższych wyjaśnień udziela Naczelnik Wydziału Sanitarnego, w godzinach urzędowych.

Prezes Dyrekcji Kolei Państwowych:
Prachtel wr.

KONKURS

Magistrat miasta Grudziądza poszukuje dla Szpitala Miejskiego

naczelnego Lekarza

Specjalisty chorób wewnętrznych i rentgenologa. Podania z życiorysem, odpisami świadectw, wymagań finansowych należy nadsyłać najpóźniej do 1 lipca 1928 r. w kopertach zalakowanych z napisem „Konkurs na naczelnego lekarza" do Magistratu m. Grudziądza, Wydział Prezydjalny. Reflektanci mogą zajmować się tylko praktyką prywatną.

Magistrat miasta Grudziądza:
(—) *Dr. Urbański.*
Decernent

OGŁOSZENIE.

Magistrat miasta Krośniewic ogłasza, że w mieście Krośniewicach jest do objęcia stanowisko lekarza miejskiego, subsydjowanego przez Magistrat 1000 zł. Pożądany jest lekarz w młodszym wieku, energiczny. Okolica zamożna, klijentela pewna, miejsce lekarza w Kasie Chorych niezajęte. Zarezerwowane są narazie 2 pokoje z kuchnią.

Burmistrz:
J. Kurski.

NADESŁANE.

Ostrzeżenie!

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Sanoku, w której od przeszło 7 lat, a więc od chwili wejścia w życie ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44), o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, istnieje wolny wybór lekarza, wypowiedział lekarzom dotychczasową umowę z tem, że zamierza wprowadzić ambulatoryjny system leczenia.

Jesteśmy pewni, że Kasa Chorych zamiaru tego nie potrafi urzeczywistnić nietylko wskutek zdecydowanego solidarnego stanowiska lekarzy tutejszego powiatu — czego już doświadczyła — lecz również, i to przedewszystkiem, wskutek oporu samych ubezpieczonych; na wszelki wypadek jednak ostrzegamy wszystkich kolegów przed przyjęciem posady w tut. Kasie Chorych w jakiejkolwiek miejscowości powiatu sanockiego.

Sanok, dnia 19 maja 1928.

Za Zarząd Obwodu Sanockiego Związku Lekarzy P. P.
Dr. Domański, sekretarz. *Dr. Ramer*, przewodniczący.